

Satzung

CHRISTLICHE KRANKENKASSE der Gerichtsbezirke Verviers-Eupen

Datum des Inkrafttretens: 01-01-2020

Genehmigt durch die Generalversammlung vom 16-06-2020

Genehmigt durch den Rat der Aufsichtsbehörde der Krankenkassen am 07-09-2020

Unter Vorbehalt genehmigt durch den Rat der Aufsichtsbehörde der Krankenkassen: /

Die Gegenseitigkeitsgesellschaften, Mutualité chrétienne de Verviers (MCV)‘ und ‚Christliche Ostbelgische Krankenkasse (COK)‘ sind der Christlichen Krankenkasse der Gerichtsbezirke Verviers-Eupen angeschlossen.

Die Christliche Krankenkasse der Gerichtsbezirke Verviers und Eupen gehört dem Landesbund der Christlichen Krankenkassen, der Gegenseitigkeitsgesellschaft Solimut, der regionalen Gegenseitigkeitsgesellschaft der Christlichen Krankenkassen für die zweisprachige Region Brüssel Hauptstadt - SM MC Bruxelles - und der Gegenseitigkeitsgesellschaft der Christlichen Krankenkassen für die Wallonische Region - SM MC Wallonie - an.

Die Christliche Krankenkasse der Gerichtsbezirke Verviers und Eupen tritt der CM-Zorgkas Vlaanderen bei.

Die Satzung ist zu finden unter:

<https://www.mc.be/la-mc/verviers-eupen/statuts.jsp>

KAPITEL I : GRÜNDUNG - BEZEICHNUNG - ZIELE SITZ UND EINZUGSBEREICH DER KRANKENKASSE	5
ARTIKEL 1: GRÜNDUNG & BEZEICHNUNG	5
ARTIKEL 2: BEGRIFFSBESTIMMUNGEN	5
ARTIKEL 3: ZIELE	7
ARTIKEL 4: SITZ UND EINZUGSBEREICH	9
ARTIKEL 5	9
ARTIKEL 6: GEGENSEITIGKEITSGESELLSCHAFTEN MCV & COK	9
KAPITEL II : BEITRITT - AUSSCHIEDEN - AUSSCHLUSS - KÜNDIGUNG	10
ARTIKEL 7: BEITRITT ZU DEN DIENSTLEISTUNGEN DER KRANKENKASSE	10
ARTIKEL 7BIS: INKRAFTTRETEN DES BEITRITTS ZUR ZUSATZVERSICHERUNG	12
ARTIKEL 7TER STRAFE BEI NICHTZAHLUNG DER BEITRÄGE	12
ARTIKEL 8: AUSSCHLUSSVERFAHREN UND KÜNDIGUNG	16
ARTIKEL 9	17
KAPITEL III : MITGLIEDSKATEGORIEN	18
ARTIKEL 10	18
KAPITEL IV : GREMIEN DER KRANKENKASSE	20
ABSCHNITT 1 - DIE GENERALVERSAMMLUNG	20
ARTIKEL 11: ZUSAMMENSETZUNG	20
ARTIKEL 12: WAHLBEZIRKE	20
ARTIKEL 13: BEDINGUNGEN ZUR WAHLBERECHTIGUNG UND ERSTELLUNG DER WAHLLISTEN	20
ARTIKEL 14: BEDINGUNGEN ZUR WÄHLBARKEIT	20
ARTIKEL 15: WAHLZEITEN	21
ARTIKEL 16: BEWERBUNGSAUFRUF UND EINREICHEN DER BEWERBUNGEN	21
ARTIKEL 17: FORM DER BEWERBUNGEN	21
ARTIKEL 18: AUFSTELLUNG DER BEWERBERLISTEN.	21
ARTIKEL 19: VERÖFFENTLICHUNG DER BEWERBERLISTEN.	21
ARTIKEL 20: WAHLVORSTÄNDE	22
ARTIKEL 21: DIE WAHL	22
ARTIKEL 22: GÜLTIGKEIT DER WAHL	22
ARTIKEL 23: AUSZÄHLUNG DER WAHLZETTEL	22
ARTIKEL 24: AUSNAHME ZUR PFLICHT DER DURCHFÜHRUNG VON WAHLEN	23
ARTIKEL 25: VERÖFFENTLICHUNG DES WAHLERGEBNISSES UND EINSPRUCH	23
ARTIKEL 26: MITTEILUNG AN DEN LBCK UND DIE AUFSICHTSBEHÖRDE DER KRANKENKASSEN	23
ARTIKEL 27: EINSETZUNG DER GENERALVERSAMMLUNG.	23
ARTIKEL 28: ZUSTÄNDIGKEIT UND ARBEITSWEISE DER GENERALVERSAMMLUNG	23
ABSCHNITT 2 - WAHL DER MITGLIEDER, DIE DIE KRANKENKASSE IN DEN GENERALVERSAMMLUNGEN DES LBCK VERTRETEN	25
ARTIKEL 29/1: ANZAHL VERTRETER	25
ARTIKEL 29/2: WAHL DER VERTRETER	25
ARTIKEL 29/3: ANMELDUNG DER BEWERBUNGEN UND WAHL	25
ABSCHNITT 3 - WAHL DER MITGLIEDER, DIE DIE KRANKENKASSE IN DER GENERALVERSAMMLUNG DER GEGENSEITIGKEITSVEREINE VERTRETEN	26
ARTIKEL 30/1: ANZAHL VERTRETER	26
ARTIKEL 30/2: WAHL DER VERTRETER	26
ARTIKEL 30/3: ANMELDUNG DER BEWERBUNGEN UND WAHL	26
ABSCHNITT 3A: WAHL DER MITGLIEDER, DIE DIE KRANKENKASSE IN DER GENERALVERSAMMLUNG DER VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT AUF GEGENSEITIGKEIT (VGAG) CKK-ASSURA VERTRETEN	27
ARTIKEL 31/1: ANZAHL VERTRETER	27
ARTIKEL 31/2: WAHL DER VERTRETER	27
ARTIKEL 31/3: ANMELDUNG DER BEWERBUNGEN UND WAHL	27
ABSCHNITT 4: VERWALTUNGSRAT - GESCHÄFTSFÜHRUNGS-AUSSCHUSS - REGIONALDIREKTOR - SCHATZMEISTER	28
ARTIKEL 32: ZUSAMMENSETZUNG DES VERWALTUNGSRATES	28
ARTIKEL 33: WÄHLBARKEITSBEDINGUNGEN	28
ARTIKEL 34: UNBEZAHLTES AMT	28
ARTIKEL 35: DAUER DES AMTES	28
ARTIKEL 36: ERSATZ, RÜCKTRITT, AUSSCHLUSS	29
ARTIKEL 37: ZUSTÄNDIGKEIT DES VERWALTUNGSRATES	29
ARTIKEL 38: ARBEITSWEISE DES VERWALTUNGSRATES	30
ARTIKEL 39: DIE PRÄSIDENTSCHAFT UND DIE VIZEPRÄSIDENTSCHAFT	30

ARTIKEL 40: DIE BEFUGNISSE DES PRÄSIDENTEN	30
ARTIKEL 41: DER REGIONALDIREKTOR-SCHATZMEISTER DER KRANKENKASSE	30
ARTIKEL 42: DIE FINANZIELLE LAGE	30
ARTIKEL 43: DER GESCHÄFTSFÜHRUNGS-AUSSCHUSS	31
KAPITEL V : DIE LEISTUNGEN DER KRANKENKASSE VORTEILE, BESONDERE AUFNAHMEBEDINGUNGEN, BEITRÄGE	32
EINLEITENDER ABSCHNITT: ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN	32
ARTIKEL 44: MITGLIED - VERJÄHRUNG	32
ARTIKEL 45: WARTEZEITEN	32
ARTIKEL 46: ENTSCHÄDIGUNG AUF GRUND EINER ANDEREN RECHTSVORSCHRIFT	32
ARTIKEL 47: ÄNDERUNG DER VERSICHERUNGSEIGENSCHAFT ODER DER ZUSAMMENSETZUNG DES HAUSHALTS	33
ARTIKEL 48: BEITRÄGE - FESTSETZUNG DES ALTERS - ZAHLUNGSBEFREIUNG	33
ARTIKEL 49: NICHTZAHLUNG DER BEITRÄGE	33
ARTIKEL 50: UNTERORDNUNG UNTER DIE PFLICHTKRANKENVERSICHERUNG	33
ABSCHNITT 1: GESUNDHEITSPFLEGE- UND ENTSCHÄDIGUNGSPFLICHTVERSICHERUNG, KOORDINIERT DURCH DAS GESETZ VOM 14. JULI 1994	33
ARTIKEL 51	33
ABSCHNITT 2	33
ARTIKEL 52 BIS 59	33
ABSCHNITT 3: DIE ZUSATZVERSICHERUNG	33
ARTIKEL 60: BEGRIFFSBESTIMMUNG	33
ARTIKEL 61: BEITRITT DER SELBSTSTÄNDIGEN	34
ARTIKEL 62: INKRAFTTRETEN	34
ARTIKEL 63: AUFGEHOBEN	34
ARTIKEL 64: BEITRÄGE - BEITRAGSFÄLLIGKEIT	34
ARTIKEL 65: ENDE DER BEITRAGSPFLICHT - KÜNDIGUNG	34
ABSCHNITT 4: AUFGEHOBEN	34
ARTIKEL 66 AUFGEHOBEN	34
ABSCHNITT 5: VERSCHIEDENE VORBEUGENDE LEISTUNGEN UND ÄRZTLICHE UND PHARMAZEUTISCHE VERORDNUNGEN	34
ARTIKEL 67: AUFGEHOBEN	34
ARTIKEL 68: KREBSVORBEUGUNG	34
ARTIKEL 69: IMPFUNGEN	35
ARTIKEL 69 BIS: AUFGEHOBEN	35
ARTIKEL 69 TER: ERSTATTUNGEN EIGENANTEILE IM DIAGNOSEZENTRUM	35
ABSCHNITT 6: ALTERNATIVE HEILVERFAHREN	35
ARTIKEL 70: AUFGEHOBEN	35
ARTIKEL 71: AUFGEHOBEN	36
ARTIKEL 71 BIS: AUFGEHOBEN	36
ARTIKEL 71 TER: AUFGEHOBEN	36
ABSCHNITT 7: SEHHILFEN [LEISTUNG ENDET AM 31.12.2018]	36
ARTIKEL 72	36
ABSCHNITT 8.: SOLIDARISCHE KRANKENHAUSVERSICHERUNG	36
ARTIKEL 73	36
ABSCHNITT 9: WAHLFREIE KRANKENHAUSVERSICHERUNGEN	36
ARTIKEL 74	36
ABSCHNITT 10: AUFENTHALT ZWECKS RUHEPAUSE [LEISTUNG ENDET AM 31.12.2018]	36
ARTIKEL 75	36
ABSCHNITT 11: HÄUSLICHER PFLEGEDIENST	37
ARTIKEL 76: HÄUSLICHE HILFE	37
ARTIKEL 77: AUFGEHOBEN	37
ABSCHNITT 12: KRANKENTRANSPORT	37
ARTIKEL 78: DRINGENDE KRANKENTRANSPORTE (AB 01.01.2013) DIE LEISTUNG ENDET AM 31.12.2017	37
ARTIKEL 80: NICHT DRINGENDE KRANKENTRANSPORTE	38
ABSCHNITT 13: KRANKENHILFSDIENST	40
ARTIKEL 81: ZUSCHUSS FÜR EINEN AUFENTHALT	40
ARTIKEL 82: SOZIALFONDS	40
ABSCHNITT 14: FÖRDERUNG DES KÖRPERLICHEN, PSYCHISCHEN UND SOZIALEN WOHLBEFINDENS DER MITGLIEDER	41
ARTIKEL 83 AUFGEHOBEN	41
ABSCHNITT 15: JUGEND UND GESUNDHEIT - FERIEEN	41

ARTIKEL 84: FERIENLAGERZUSCHUSS UND CAMPS	42
ABSCHNITT 16: SPORT UND ERNÄHRUNGSBERATUNG	43
ARTIKEL 85	43
ABSCHNITT 17: RECHTSBERATUNGSDIENST	44
ARTIKEL 86	44
ABSCHNITT 18: BEZUSCHUSSUNG VON SOZIAL- UND GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN	44
ARTIKEL 87	44
ARTIKEL 87 BIS	50
ABSCHNITT 18 TER: MEDIZINISCH-SOZIALE EINRICHTUNGEN	51
ARTIKEL 87 TER	51
ARTIKEL 87 QUATER	51
ABSCHNITT 19: VERWALTUNG	51
ARTIKEL 88	51
ARTIKEL 88 BIS	52
KAPITEL VI : HAUSHALT UND BUCHFÜHRUNG	53
ARTIKEL 89	53
KAPITEL VII : ZUSAMMENARBEIT	54
ARTIKEL 90	54
KAPITEL VIII : AUFLÖSUNG DER KRANKENKASSE, EINZELNER LEISTUNGEN	55
ARTIKEL 91: ZUSTÄNDIGKEIT DER GENERALVERSAMMLUNG	55
ARTIKEL 92: VERTEILUNG DER RÜCKLAGEN	55
KAPITEL IX : SATZUNGSÄNDERUNGEN	56
ARTIKEL 93: ANTRAGSRECHT	56
ARTIKEL 94: GENERALVERSAMMLUNG ZUR ABÄNDERUNG DER SATZUNGEN	56
KAPITEL X : SCHLUSSBESTIMMUNGEN	57
ARTIKEL 95: STREITFÄLLE - SCHIEDSGERICHT	57
ARTIKEL 96: INKRAFTTRETEN	57
ANHANG I SATZUNG CKKVE (ARTIKEL 48 UND 64)	58
ANHANG II AUFGEHOBEN	59
ANHANG III SATZUNG CKKVE: ARTIKEL 69	59
ANHANG IV SATZUNG CKKVE (ARTIKEL 69 TER)	61
ANHANG V DER SATZUNG: ARTIKEL 71: LISTE DER OSTEOPATHEN AUFGEHOBEN	63
ANHANG VI DER SATZUNG CKKVE 137: ARTIKEL 71 AUFGEHOBEN	63
ANHANG VII DER SATZUNG CKKVE: ARTIKEL 71 AUFGEHOBEN	63
ANHANG VIII DER SATZUNG CKKVE 2012 (ARTIKEL 71): KINESIOLOGIE AUFGEHOBEN	63
ANHANG VIII BIS ZUR SATZUNG CKKVE (ARTIKEL 80)	63
ANHANG IX ZUR SATZUNG (ARTIKEL 87)	65
ANHANG X ZUR SATZUNG CKKVE 2012 (ARTIKEL 87 BIS)	66
ANHANG XI ZUR SATZUNG CKKVE 2012 (ARTIKEL 80)	68

KRANKENKASSE 137

Mutualité chrétienne des arrondissements judiciaires de Verviers et d'Eupen -
Christliche Krankenkasse der Gerichtsbezirke Verviers - Eupen
mit Sitz in VERVIERS

anerkannt durch Königlichen Erlass vom 20. Dezember 1952
(Belgisches Staatsblatt vom 26., 27. und 28. Dezember 1952)

SATZUNGEN

In Anbetracht des Gesetzes vom 6. August 1990 über die Krankenkassen¹ und die
Krankenkassenlandesverbände und seiner Ausführungserlasse;

in Anbetracht des koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und
Entschädigungspflichtversicherung vom 14. Juli 1994 und seiner Ausführungserlasse;

in Anbetracht des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im
Bereich der Organisation der Zusatzkrankenversicherung;

hat die Generalversammlung, welche am 16. Juni 2020 beschlussfähig zusammengetreten ist, nach
entsprechender Beratung und mit der gesetzlich vorgeschriebenen Mehrheit beschlossen, die am 21.
November 1991 verabschiedeten Satzungen mit Wirkung ab dem 1. Januar 2020 wie folgt
abzuändern:

¹ A.d.Ü. „Mutualité“ oder „Mutualiteit“ hat im Deutschen keine Entsprechung. Es wird in der Regel mit „Krankenkassen“ übersetzt, was jedoch dem Französischen „Caisse d'assurance maladie“ oder dem Niederländischen „Ziekenkas“ entspricht. Gemeint sind aber so genannte „Gegenseitigkeitsgesellschaften“, welche die Aufgaben einer „Krankenkasse“ übernehmen.

KAPITEL I : GRÜNDUNG - BEZEICHNUNG - ZIELE SITZ UND EINZUGSBEREICH DER KRANKENKASSE

ARTIKEL 1: GRÜNDUNG & BEZEICHNUNG

Am 1. Januar 1952 wurde in Verviers eine Gegenseitigkeitsgesellschaft, hier Krankenkasse genannt, unter der Bezeichnung Fédération des Mutualités Chrétiennes de l'Arrondissement de Verviers gegründet, seit dem 1. Januar 1976 Mutualité Chrétienne de l'Arrondissement de Verviers - Christliche Krankenkasse des Bezirks Verviers, genehmigt durch KE vom 12. April 1977, seinerzeit anerkannt durch KE vom 20. Dezember 1952, und später auf Grund des Gesetzes vom 6. August 1990 über die Krankenkassen und die Krankenkassenlandesverbände.

Seit dem 1. Januar 2004 lautet die Bezeichnung Mutualité chrétienne des arrondissements judiciaires de Verviers et d'Eupen - Christliche Krankenkasse der Gerichtsbezirke Verviers und Eupen In ihren Beziehungen mit Dritten kann die Krankenkasse die folgende Abkürzung verwenden:

- Mutualité chrétienne de Verviers-Eupen
- Christliche Krankenkasse Verviers - Eupen

ARTIKEL 2: BEGRIFFSBESTIMMUNGEN

Für die Anwendung dieser Satzung ist zu verstehen unter:

MITGLIED

Jede Person, die der Krankenkasse als Versicherter angeschlossen ist:

- sei es für die Pflichtkrankenversicherung und das Dienstleistungs- und operative Angebot,
- sei es nur für das Dienstleistungs- und operative Angebot

VERSICHERTER

- Jede Person, die Anspruch auf Erstattung der Gesundheitsleistungen erhält oder erhalten kann als Versicherte(r) im Sinne des Artikels 32, Absatz 1, 1° bis 16°, 20°, 21° und 22° des koordinierten Gesetzes vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung.

Der obengenannten Person gleichgestellt ist die Person, die ihren gewöhnlichen Hauptwohnsitz in Belgien hat, die jedoch aufgrund der Artikel 17, 24 oder 26 der Europäischen Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit oder aufgrund jeder anderen gleichwertigen Bestimmung, die in einer zwischenstaatlichen Vereinbarung festgelegt wurde, der Gesetzgebung über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung eines anderen Staates als Belgien unterliegt, und die der Krankenkasse einen Anspruchsschein S1 oder gleich welchen anderen gleichwertigen Schein vorlegt, um zu Lasten des Landes, in dem sie pflichtkrankenversichert ist, Leistungen zu erhalten, die in dem obengenannten koordinierten Gesetz vom 14. Juli 1994 vorgesehen sind;

- sowie jede Person, die sich den Dienstleistungen und dem operativen Geschäft angeschlossen hat, und die:

- für die Pflichtkrankenversicherung bei der Kasse für Gesundheitspflege der HR Rail versichert ist;
- für die Pflichtkrankenversicherung bei der Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung (HKIV) versichert ist;

Der obengenannten Person gleichgestellt ist die Person, die ihren gewöhnlichen Hauptwohnsitz in Belgien hat, die jedoch aufgrund der Artikel 17, 24 oder 26 der Europäischen Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit oder aufgrund jeder anderen gleichwertigen Bestimmung, die in einer zwischenstaatlichen Vereinbarung festgelegt wurde, der Gesetzgebung über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung eines anderen Staates als Belgien unterliegt, und die der HKIV einen Anspruchsschein S1 oder gleich welchen anderen gleichwertigen Schein vorlegt, um zu Lasten des Landes, in dem sie pflichtkrankenversichert ist, Leistungen zu erhalten, die in dem obengenannten koordinierten Gesetz vom 14. Juli 1994 vorgesehen sind;

- für die Gesundheitspflege unter eigenem Namen beim Landesamt für soziale Sicherheit versichert ist;

- unter eigenem Namen Anspruch auf die Erstattung der Gesundheitsleistungen aufgrund eines Statuts einer Einrichtung des europäischen oder internationalen Rechts mit Sitz in Belgien hat oder haben kann, oder Mitarbeiter einer Botschaft oder eines Konsulats in Belgien ist, deren Gesundheitsleistungen zu Lasten des Landes, das ihn entsendet, abgesichert sein müssen, gemäß den Wiener Übereinkommen von 1961 und 1963;
- der Krankenversicherungspflicht wegen einer Auslandsmission für eine belgische Regierung nicht mehr unterliegt;
- sich in einem in Artikel 3ter, 1° des Gesetzes vom 6. August 1990 beschriebenen Fall befindet und für die obengenannte Pflichtkrankenversicherung bereits anderswo angemeldet oder versichert ist;
- inhaftiert oder interniert ist und für die Gesundheitspflegepflichtversicherung vom FÖD Justiz abhängt.

MITVERSICHERTER

- Jede Person, die den Anspruch auf die Erstattung der Gesundheitsleistungen aufgrund einer Aufnahme als Mitversicherter eines Versicherten gemäß Artikel 32, Absatz 1, 17°, 18°, 19° oder 23° des koordinierten Gesetzes vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung erhält oder erhalten kann.
Der obengenannten Person gleichgestellt ist die Person, die ihren Anspruch auf die Erstattung der Gesundheitsleistungen von einer Person ableitet, die ihren gewöhnlichen Hauptwohnsitz in Belgien hat, die jedoch aufgrund der Artikel 17, 24 oder 26 der Europäischen Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit oder aufgrund jeder anderen gleichwertigen Bestimmung, die in einer zwischenstaatlichen Vereinbarung festgelegt wurde, der Gesetzgebung über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung eines anderen Staates als Belgien unterliegt, und die der Krankenkasse einen Anspruchsschein S1 oder gleich welchen anderen gleichwertigen Schein vorlegt, um zu Lasten des Landes, in dem sie pflichtkrankenversichert ist, Leistungen zu erhalten, die in dem obengenannten koordinierten Gesetz vom 14. Juli 1994 vorgesehen sind;
- sowie jede Person, die ihren Anspruch auf Erstattung von Leistungen als Mitversicherter einer Person ableitet oder ableiten kann, die
 - für die Pflichtkrankenversicherung bei der Kasse für Gesundheitspflege der HR Rail versichert ist;
 - für die Pflichtkrankenversicherung bei der Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung (HKIV) versichert ist;
Der obengenannten Person gleichgestellt ist die Person, die ihren gewöhnlichen Hauptwohnsitz in Belgien hat, die jedoch aufgrund der Artikel 17, 24 oder 26 der Europäischen Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit oder aufgrund jeder anderen gleichwertigen Bestimmung, die in einer zwischenstaatlichen Vereinbarung festgelegt wurde, der Gesetzgebung über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung eines anderen Staates als Belgien unterliegt, und die der HKIV einen Anspruchsschein S1 oder gleich welchen anderen gleichwertigen Schein vorlegt, um zu Lasten des Landes, in dem sie pflichtkrankenversichert ist, Leistungen zu erhalten, die in dem obengenannten koordinierten Gesetz vom 14. Juli 1994 vorgesehen sind;
 - für die Gesundheitspflege unter eigenem Namen beim Landesamt für soziale Sicherheit (LSS) versichert ist;
 - unter eigenem Namen Anspruch auf die Erstattung der Gesundheitsleistungen aufgrund eines Statuts einer Einrichtung des europäischen oder internationalen Rechts mit Sitz in Belgien hat oder haben kann, oder Mitarbeiter einer Botschaft oder eines Konsulats in Belgien ist, deren Gesundheitsleistungen zu Lasten des Landes, das ihn entsendet, abgesichert sein müssen, gemäß den Wiener Übereinkommen von 1961 und 1963;
 - der Krankenversicherungspflicht wegen einer Auslandsmission für eine belgische Regierung nicht mehr unterliegt;
 - sich in einem in Artikel 3ter, 1° des Gesetzes vom 6. August 1990 beschriebenen Fall befindet und für die obengenannte Pflichtkrankenversicherung bereits anderswo angemeldet oder versichert ist;
 - inhaftiert oder interniert ist und für die Gesundheitspflegepflichtversicherung vom FÖD Justiz abhängt

LEISTUNGSBERECHTIGTER

Jedes Mitglied, das der Krankenkasse für das Dienstleistungs- und operative Angebot angeschlossen ist und Anspruch auf die Vorteile hat, die von diesen Dienstleistungen und dem operativen Geschäft gewährt werden, sowie dessen Mitversicherten.

KRANKENKASSENHAUSHALT

Der Krankenkassenhaushalt wie er in Artikel 2 des KE vom 2. März 2011 zur Durchführung des Artikels 67, Absatz 2 bis 4 des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der Zusatzkrankenversicherung beschrieben wird.

PFLICHTKRANKENVERSICHERUNG

Die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung gemäß Artikel 3, Absatz 1, a) des Gesetzes vom 6. August 1990, das dem koordinierten Gesetz über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung vom 14. Juli 1994 unterliegt.

DIENSTLEISTUNGEN UND OPERATIVES GESCHÄFT

Die im Artikel 67, Absatz 5 des Gesetzes vom 26. April 2010 beschriebenen Dienstleistungen mit Ausnahme der Dienstleistungen, um die es im Artikel 1,2° des Königlichen Erlasses vom 12. Mai 2011 zur Durchführung des Artikels 67, Absatz 6 des Gesetzes vom 26. April 2010 geht; die in Artikel 3, Absatz 1, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 bezeichneten Dienstleistungen.

DIENSTLEISTUNGS- UND OPERATIVES ANGEBOT

Die Gesamtheit der Dienstleistungen und operativen Geschäfte, die ausgerichtet werden:

- durch die Krankenkasse;
- durch Gegenseitigkeitsgesellschaft SM Solimut, der die Krankenkasse angeschlossen ist;
- durch den Landesbund der Christlichen Krankenkassen, denen die Krankenkasse angeschlossen ist.

ERHÖHTE KOSTENERSTATTUNG

Die erhöhte Kostenerstattung der Krankenversicherung für die in Artikel 37, §§ 1 und 19 des koordinierten Gesetzes vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung bezeichneten Personen.

VORTEILE

Die Vorteile, Leistungen oder Kostenerstattungen, die Gegenstand des Dienstleistungs- und operativen Angebots sind.

ANSPRUCH AUF DIE VORTEILE

Möglichkeit, die Vorteile je nach Verfügbarkeit der Mittel in Anspruch nehmen zu können.

EINSCHRÄNKENDE LISTE

Eine einschränkende Liste, die der Satzung beigelegt wird und vom Verwaltungsrat unter folgenden Voraussetzungen abgeändert werden darf:

- der Verwaltungsratsbeschluss ist der Aufsichtsbehörde unverzüglich per Einschreiben mit der Unterschrift eines hierzu Bevollmächtigten der Krankenkasse zu übermitteln;
- in diesem Schreiben ist das Datum zu vermerken, an dem der Beschluss in Kraft tritt;
- die Änderungen sind auf der darauffolgenden Generalversammlung mit Rückwirkung in die Satzung aufzunehmen.

ARTIKEL 3: ZIELE

Die Krankenkasse verfolgt folgende Ziele:

- a) Im Rahmen des Artikels 3, Absatz 1, a und c des Gesetzes vom 6. August 1990:
- die Teilnahme an der Durchführung der Pflichtkrankenversicherung, für welche eine Genehmigung des Nationalverbandes gegeben wurde, dem diese angeschlossen ist;

- die Bereitstellung von Hilfe, Information, Begleitung und Beistand im Rahmen der Ausführung dieses Auftrags.

Die Durchführung der Pflichtkrankenversicherung erfolgt unter der Verantwortung des Landesbundes. Die Krankenkasse verpflichtet sich, die Gesetzes- und Satzungsbestimmungen sowie die Weisungen des Landesbundes einzuhalten.

b) Im Rahmen des Artikels 3, Absatz 1, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 und des Artikels 67, Absatz 5 des Gesetzes vom 26. April 2010:

- finanzielle Beteiligung an den Kosten, die sich aus der Vorbeugung und der Behandlung von Krankheit und Invalidität ergeben,
- Gewährung von Geldleistungen im Falle einer Arbeitsunfähigkeit oder wenn sich ein Fall stellt, in dem das körperliche, psychische oder soziale Wohlbefinden gefördert werden kann,
- Gewährung von Hilfe, Information, Begleitung und Beistand im Rahmen der Ausführung dieses Auftrags;
- Finanzierung kollektiver Maßnahmen und Subventionierung von Sozial- und Gesundheitseinrichtungen, wie sie im Artikel 1, 5° des Königlichen Erlasses vom 12. Mai 2011 zur Durchführung des Artikels 67, Absatz 6 des Gesetzes vom 26. April 2010 beschrieben sind.

Zu diesem Zweck richtet die Krankenkasse das folgende Dienstleistungs- und operative Angebot ein

- Krebsvorbeugung
- Impfungen
- Sehhilfen [Ende der Leistung 31.12.2018]
- Aufenthalt zwecks Ruhepause [Ende der Leistung 31.12.2018]
- Häusliche Hilfe
- Geräteverleih
- Krankentransport (dringender [Leistung endet am 31.12.2017] und nicht dringender Krankentransport)
- Zuschuss für einen Aufenthalt mit Alteo
- Sozialfonds
- Förderung des körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens
- Jugend und Gesundheit - Ferien
- Ferienlagerzuschuss und Camps
- Gesundheitsförderung
- Rechtsberatungsdienst
- Bezuschussung von Sozial- und Gesundheitseinrichtungen
- Finanzierung kollektiver Maßnahmen
- Kommunikation und Gesundheitsförderung
- Internationale Solidarität
- Medizinisch-soziale Einrichtungen
- Verwaltung (Kode 98-2)
- Vermögensverwaltung
- Sozialdienst
- Zusätzliche Erstattung Eigenanteile im Diagnosezentrum

Um dieses Ziel zu erreichen, ist die Krankenkasse folgenden Einrichtungen angeschlossen:

Landesbund der Christlichen Krankenkassen mit Sitz in Brüssel;
Gegenseitigkeitsgesellschaft Solimut mit Sitz in Brüssel.

Der Beitritt zum bereitgestellten Dienstleistungs- und operativen Angebot ist für alle Mitglieder Pflicht.

Die im Rahmen dieser Dienstleistungen und operativen Geschäfte vorgesehenen Vorteile werden im Verhältnis zu den verfügbaren Mitteln gewährt.

c) Ihren Mitgliedern die Möglichkeit bieten, sich dem Sozialschutz Flanderns zu unterwerfen, der von der Gegenseitigkeitsgesellschaft CM-Zorgkas durchgeführt wird, der die Krankenkasse angeschlossen ist;

Ihre Mitglieder der regionalen Gegenseitigkeitsgesellschaft MC Wallonie anzuschließen, der die Krankenkasse angeschlossen ist gemäß dem Gesetz vom 6. August 1990 und den regionalen Verordnungen, denen die Gegenseitigkeitsgesellschaft unterliegt.

Ihre Mitglieder der regionalen Gegenseitigkeitsgesellschaft MC Bruxelles anzuschließen, der die Krankenkasse angeschlossen ist gemäß dem Gesetz vom 6. August 1990 und den regionalen Verordnungen, denen die Gegenseitigkeitsgesellschaft unterliegt.

- d) Die Krankenkasse hat ferner zum Ziel, ihren Mitgliedern die Möglichkeit zu bieten, sich den Versicherungen anzuschließen, die von der Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit (VGaG) CKK-ASSURA angeboten werden, der die Krankenkasse angeschlossen ist.

Die Krankenkasse tritt als Versicherungsvermittler für die VGaG CKK-ASSURA auf.

ARTIKEL 4: SITZ UND EINZUGSBEREICH

Die Krankenkasse hat ihren Sitz in Verviers, Rue Lucien Defays 77, und ihr Tätigkeitsbereich umfasst die Gemeinden der Gerichtsbezirke Verviers und Eupen.

ARTIKEL 5 AUFGEHOBEN

ARTIKEL 6: GEGENSEITIGKEITSGESELLSCHAFTEN MCV & COK

Die Gegenseitigkeitsgesellschaften Mutualité des Travailleurs Chrétiens de Verviers und Christliche Krankenkasse Eupen, die dem ehemaligen Bezirksbund angeschlossen waren, erfüllen die im Artikel 70, § 1 des Gesetzes vom 6. August 1990 vorgesehenen Bedingungen und bleiben als Gegenseitigkeitsgesellschaften bestehen.

Auf Grund der Vereinbarungen zwischen der Krankenkasse und dem LBCK vom 13. und 15. Juni 1991 erhalten diese beiden Gegenseitigkeitsgesellschaften folgende Bezeichnung:

die französischsprachige „Mutualité Chrétienne de l'Arrondissement de Verviers“, mit dem Kürzel MCV.

die deutschsprachige „Christliche Ostbelgische Krankenkasse“ mit dem Kürzel COK.

Jedes Mitglied wird, je nach Wahl seiner Sprache, entweder Deutsch oder Französisch, einem der beiden Gegenseitigkeitsgesellschaften zugeordnet.

KAPITEL II : BEITRITT - AUSSCHIEDEN - AUSSCHLUSS - KÜNDIGUNG

ARTIKEL 7: BEITRITT ZU DEN DIENSTLEISTUNGEN DER KRANKENKASSE

§ 1 Eine Person darf sich der Krankenkasse anschließen

1. entweder für die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtkrankenversicherung gemäß Artikel 3, Absatz 1, a) des Gesetzes vom 6. August 1990 unter Einhaltung der Bestimmungen, die sich aus dem geltenden Gesetz, den Vorschriften und der Satzung ergeben, wodurch automatisch ein Beitritt erfolgt zu den Dienstleistungen:
 - der Krankenkasse, gemäß Artikel 3, Absatz 1, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 sowie für die im Artikel 67, Absatz 5 des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der Zusatzkrankenversicherung vorgesehenen Dienstleistungen der Krankenkasse;
 - des Landesbundes der Christlichen Krankenkassen, dem die Krankenkasse angeschlossen ist, gemäß Artikel 3, Absatz 1, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 sowie für die im Artikel 67, Absatz 5 des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der Zusatzkrankenversicherung vorgesehenen Dienstleistungen des Landesbundes;
 - der Gegenseitigkeitsgesellschaft Solimut, der die Krankenkasse angeschlossen ist, gemäß Artikel 3, Absatz 1, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 sowie für die im Artikel 67, Absatz 5 des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der Zusatzkrankenversicherung vorgesehenen Dienstleistungen der Gegenseitigkeitsgesellschaft;
 - der regionalen Gegenseitigkeitsgesellschaft MC Wallonie oder der regionalen Gegenseitigkeitsgesellschaft MC Bruxelles, denen die Krankenkasse angeschlossen ist, sofern der Beitritt zu einer solchen regionalen Gegenseitigkeitsgesellschaft ihr verbindlich durch die regionalen Verordnungen, denen die Gegenseitigkeitsgesellschaften unterliegen, auferlegt wird.

Der obengenannten Person gleichgestellt ist die Person, die ihren gewöhnlichen Hauptwohnsitz in Belgien hat, die jedoch aufgrund der Artikel 17, 24 oder 26 der Europäischen Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit oder aufgrund jeder anderen gleichwertigen Bestimmung, die in einer zwischenstaatlichen Vereinbarung festgelegt wurde, der Gesetzgebung über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung eines anderen Staates als Belgien unterliegt, und die der Krankenkasse einen Anspruchsschein S1 oder gleich welchen anderen gleichwertigen Schein vorlegt, um zu Lasten des Landes, in dem sie pflichtkrankenversichert ist, Leistungen zu erhalten, die in dem obengenannten koordinierten Gesetz vom 14. Juli 1994 vorgesehen sind;

2. Oder nur für die im Artikel 3, Absatz 1, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 sowie für die im Artikel 67, Absatz 5 des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der Zusatzkrankenversicherung vorgesehenen Dienstleistungen der Krankenkasse. Dies ist nur möglich, wenn die Person sich einer der folgenden Lagen befindet:
 - für die Pflichtkrankenversicherung bei der Kasse für Gesundheitspflege der HR Rail versichert ist;
 - für die Pflichtkrankenversicherung bei der Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung (HKIV) versichert ist; der obengenannten Person gleichgestellt ist die Person, die ihren gewöhnlichen Hauptwohnsitz in Belgien hat, die jedoch aufgrund der Artikel 17, 24 oder 26 der Europäischen Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit oder aufgrund jeder anderen gleichwertigen Bestimmung, die in einer zwischenstaatlichen Vereinbarung festgelegt wurde, der Gesetzgebung über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung eines anderen Staates als Belgien unterliegt, und die der HKIV einen Anspruchsschein S1 oder gleich welchen anderen gleichwertigen Schein vorlegt, um zu Lasten des Landes, in dem sie

pflchtkrankenversichert ist, Leistungen zu erhalten, die in dem obengenannten koordinierten Gesetz vom 14. Juli 1994 vorgesehen sind;

- für die Gesundheitspflege und die Entschädigungen beim Landesamt für soziale Sicherheit (LSS)/überseeische soziale Sicherheit versichert ist;
- Anspruch auf die Erstattung der Gesundheitsleistungen aufgrund eines Statuts einer Einrichtung des europäischen oder internationalen Rechts mit Sitz in Belgien hat oder haben kann,
- der Krankenversicherungspflicht wegen einer Auslandsmission für eine belgische Regierung der Krankenversicherungspflicht nicht mehr unterliegt;
- Mitarbeiter einer Botschaft oder eines Konsulats in Belgien ist, deren Gesundheitsleistungen zu Lasten des Landes, das ihn entsendet, abgesichert sein müssen, gemäß den Wiener Übereinkommen von 1961 und 1963;
- sich in einem in Artikel 3ter, 1° des Gesetzes vom 6. August 1990 beschriebenen Fall befindet und für die obengenannte Pflichtkrankenversicherung bereits anderswo angemeldet oder versichert ist;
- inhaftiert oder interniert ist und für die Gesundheitspflegepflichtversicherung vom FÖD Justiz abhängt

Für diese Person erfolgt automatisch ein Beitritt zu den Dienstleistungen

- des Landesbundes der Christlichen Krankenkassen, dem die Krankenkasse angeschlossen ist, gemäß Artikel 3, Absatz 1, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 sowie für die im Artikel 67, Absatz 5 des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der Zusatzkrankenversicherung vorgesehenen Dienstleistungen des Landesbundes;
- der Gegenseitigkeitsgesellschaft Solimut, der die Krankenkasse angeschlossen ist, gemäß Artikel 3, Absatz 1, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 sowie für die im Artikel 67, Absatz 5 des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der Zusatzkrankenversicherung vorgesehenen Dienstleistungen der Gegenseitigkeitsgesellschaft;

§ 2 In einer Zeit der Internierung oder Inhaftierung gilt die Person, die für die Gesundheitspflege vom FÖD Justiz abhängt, für die Anwendung des §1, 1° als ausgeschiedenes Mitglied der Krankenkasse, außer wenn sie ausdrücklich den Willen bekundet, den im Artikel 3, Absatz 1, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 sowie den im Artikel 67, Absatz 5 des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der Zusatzkrankenversicherung vorgesehenen Dienstleistungen der Krankenkasse angeschlossen zu bleiben.

§ 3 Die Person, die unter Einhaltung der Bestimmungen, die sich aus dem geltenden Gesetz, den Vorschriften und der Satzung ergeben, der Krankenkasse zumindest für die Artikel 3, Absatz 1, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 sowie für die im Artikel 67, Absatz 5 des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der Zusatzkrankenversicherung vorgesehenen Dienstleistungen angeschlossen ist, hat darüber hinaus die Möglichkeit:

- gegebenenfalls und unter Einhaltung der Bestimmungen, die sich aus dem Gesetz, den Vorschriften und der Satzung ergeben, dem im Artikel 7, §4 des Gesetzliches vom 6. August 1990 vorgesehenen und vom Landesbund, dem die Krankenkasse angehört, ausgerichteten vorheiratlichen Sparen beizutreten;
- sich der regionalen Gegenseitigkeitsgesellschaft CM-Zorgkas, der die Krankenkasse angehört, anzuschließen, wenn der Beitritt zu dieser Gegenseitigkeitsgesellschaft ihr aufgrund der regionalen Verordnungen, denen sie unterliegt, ermöglicht wird;
- unter Einhaltung der Bestimmungen, die sich aus dem Gesetz, den Vorschriften und der Satzung ergeben, eine Versicherung bei der Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit CKK-Assura abzuschließen, der die Krankenkassen angehört.

§ 4 Jeder Versicherte, der sich der Pflichtkrankenversicherung oder dem angebotenen Dienstleistungs- und operativen Geschäft anschließt, muss auch seine Mitversicherten anschließen.

ARTIKEL 7BIS: INKRAFTTRETEN DES BEITRITTS ZUR ZUSATZVERSICHERUNG

Unter Zusatzversicherung der Krankenkasse sind die im Artikel 3, Absatz 1, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 sowie die im Artikel 67, Absatz 5 des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der Zusatzkrankenversicherung vorgesehenen Dienstleistungen der Krankenkasse zu verstehen.

Der Beitritt zu den Leistungen der Zusatzversicherung gilt:

1. für eine Person, die für die Zusatzversicherung bei einer Krankenkasse als mitversicherte Person eingeschrieben war und die sich als Versicherter bei derselben Krankenkasse anmeldet, ab dem ersten Tag des Monats, ab dem sie der Krankenversicherungspflicht unterliegt, das heißt ab dem Monat, ab dem sie eine der in Artikel 32, 1° bis 16° und 20° bis 22° des koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung vom 14. Juli 1994 Versicherungsseigenschaften erhält;
2. für eine Person, die für die Zusatzversicherung bei einer Krankenkasse als versicherte Person eingeschrieben war und die sich als versicherte Person bei einer anderen Krankenkasse anmeldet, ab dem ersten Tag des Quartals, ab dem dieser Beitritt in Kraft tritt;
3. für eine Person, die für die Zusatzversicherung bei einer Krankenkasse als mitversicherte Person eingeschrieben war und die sich als versicherte Person bei einer anderen Krankenkasse anmeldet, ab dem ersten Tag des Monats, der auf die Unterzeichnung des Beitrittsantrags folgt;
4. für eine Person, die für die Zusatzversicherung bei einer Krankenkasse als versicherte Person eingeschrieben war und die sich als mitversicherte Person bei einer anderen Krankenkasse anmeldet, ab dem ersten Tag des Monats, der auf die Unterzeichnung des Beitrittsantrags folgt;
5. für eine im Artikel 7, §1, 2° genannte Person sowie für die Personen, die sich zum ersten Mal bei einer belgischen Krankenkasse anmelden, ab dem ersten Tag des Monats, der auf die Unterzeichnung des Beitrittsantrags folgt;
6. für eine Person, die für die Zusatzversicherung bei einer Krankenkasse als mitversicherte Person eingeschrieben war und die sich als mitversicherte Person bei einer anderen Krankenkasse anmeldet, ab dem ersten Tag des Monats, der auf die Unterzeichnung des Beitrittsantrags folgt.

ARTIKEL 7TER STRAFE BEI NICHTZAHLUNG DER BEITRÄGE

§1. Einleitung

Je nach ihrer Situation in Bezug auf die Zahlung der Zusatzversicherungsbeiträge im Sinne von Artikel 7 bis kann eine der Krankenkasse angeschlossene Person:

- 1° ein Mitglied sein, das diese Dienstleistungen in Anspruch nehmen darf;
- 2° ein Mitglied sein, dessen Anspruch auf diese Dienstleistungen ausgesetzt wurde;
- 3° ein Mitglied sein, dem der Anspruch auf diese Dienstleistungen entzogen wurde.

Die Zahlung oder Nichtzahlung der Zusatzversicherungsbeiträge hat auch Auswirkungen:

- auf die Möglichkeit, in den Genuss der Leistungen zu gelangen, die in der Satzung des Landesbundes, dem die Krankenkasse angeschlossen ist, vorgesehen sind. In diesem Zusammenhang wird auf die Satzung des Landesbundes der Christlichen Krankenkassen verwiesen;
- auf die Möglichkeit, in den Genuss der Leistungen zu gelangen, die in der Satzung der Gegenseitigkeitsgesellschaft SOLIMUT, der die Krankenkasse angeschlossen ist, vorgesehen sind. In diesem Zusammenhang wird auf die Satzung dieser Gegenseitigkeitsgesellschaft verwiesen;
- auf die Möglichkeit, in den Genuss der Absicherung durch die Versicherung zu gelangen, die das Mitglied bei der Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit CKK-Assura abgeschlossen hat und auf die Möglichkeit, dieser Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit beizutreten. In diesem Zusammenhang wird auf die Satzung dieser Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit verwiesen;

Die Zahlung oder Nichtzahlung der Zusatzversicherungsbeiträge hat keine Auswirkungen auf den Anspruch auf die Leistungen der Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung. Ein

Ausgleich zwischen unbezahlten Zusatzversicherungsbeiträgen und Leistungen der Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung ist nicht erlaubt.

§2. Das Mitglied, das die Leistungen der Zusatzversicherung in Anspruch nehmen darf

Es handelt sich um das Mitglied, das seine Beiträge für die Leistungen der Zusatzversicherung im Sinne des Artikels 7 bis regelmäßig bezahlt und nicht in Zahlungsverzug ist

1. für den Monat, in dem das Ereignis eingetreten ist, das gemäß Satzung zur Gewährung der Leistung führen kann.

In diesem Zusammenhang gilt ein Mitglied, das seit mindestens 24 Monaten seine Beiträge für die betreffenden Leistungen regelmäßig bezahlt hat, sofern nichts anderes nachgewiesen wird, für die betreffenden Leistungen in den drei Monaten unmittelbar nach dem genannten Zeitraum als leistungsberechtigt.

Ein Mitglied, das seit mehr als 24 Monaten ununterbrochen als eigenständig Versicherter bei verschiedenen belgischen Krankenkassen versichert war und für die betreffenden Zusatzleistungen in dieser Zeit regelmäßig seine Beiträge entrichtet hat, gilt, sofern nichts anderes nachgewiesen wird, für die betreffenden Leistungen in den drei Monaten unmittelbar nach dem genannten Zeitraum als leistungsberechtigt.

Ein Mitglied, das zum ersten Mal einer belgischen Krankenkasse als eigenständig Versicherter beitrifft und seit weniger als 24 Monaten dort versichert ist, das jedoch seine Beiträge für die betreffenden Leistungen seit Inkrafttreten seines Versicherungsverhältnisses regelmäßig bezahlt hat, gilt, sofern nichts anderes nachgewiesen wird, für die betreffenden Leistungen in den drei Monaten unmittelbar nach dem genannten Zeitraum als leistungsberechtigt.

Ein Mitglied, das zum 31. Dezember 2018 Anspruch auf die Leistungen der Zusatzversicherung hat, gilt, sofern nichts anderes nachgewiesen wird, als leistungsberechtigt für das erste Quartal 2019;

2° für den vorhergehenden Zeitraum von 23 Monaten.

Ist die Person weniger als 23 Monate vor dem in Ziffer 1 genannten Monat, in dem das Ereignis eingetreten ist, das gemäß Satzung zur Gewährung der Leistung führen kann, zum ersten Mal als eigenständig Versicherter bei einer belgischen Krankenkasse gemeldet, so muss sie während der gesamten Dauer der Zugehörigkeit vor dem in Ziffer 1 genannten Leistungsfall regelmäßig ihre Beiträge für die betreffenden Leistungen bezahlt haben.

Wenn die Person während des in dieser Ziffer 2 genannten Bezugszeitraums:

- a) ununterbrochen bei verschiedenen belgischen Krankenkassen als eigenständig Versicherter gemeldet war, muss sie, um in den Genuss der betreffenden Leistung zu gelangen, in den Monaten der Mitgliedschaft als eigenständig Versicherter bei jeder dieser Krankenkassen regelmäßig ihre Beiträge für die betreffenden Leistungen gezahlt haben;
- b) über einen Zeitraum von einem oder mehreren Monaten nicht bei einer belgischen Krankenkasse versichert war, wird dieser Zeitraum der Unterbrechung gleichgestellt:

i° mit einem Zeitraum, für den die Beiträge des Mitglieds als regelmäßig entrichtet gelten, wenn sie

- a) nicht zu den Mitgliedern gehört, denen der Anspruch auf die Leistungen der Zusatzversicherung entzogen wurde und die den Zeitraum der „Wiedererlangung des Leistungsanspruchs“ gemäß §4 Absatz 5 nicht erfüllt haben;
- b) in einer der folgenden Situationen ist:
 - das Mitglied hat für alle Monate, in denen es im Laufe der 23 hier oben genannten Monate als eigenständig Versicherter einer belgischen Krankenkasse angehört hat, regelmäßig die Beiträge für die Leistungen der Zusatzversicherung bezahlt;
 - das Mitglied hat nicht für alle Monate, in denen es im Laufe der 23 hier oben genannten Monate als eigenständig Versicherter einer belgischen Krankenkasse

angehört hat, regelmäßig die Beiträge für die Leistungen der Zusatzversicherung bezahlt, aber es zahlt spätestens in dem Monat, in dem die Neuanmeldung nach einem Zeitraum der Unterbrechung in Kraft tritt, die nichtbezahlten Beiträge bei seinem jeweiligen Versicherungsträger oder seinen jeweiligen Versicherungsträgern nach;

- ii° mit einem Zeitraum, in dem die Beiträge für die betreffenden Dienstleistungen als nicht bezahlt gelten, in allen anderen als den unter b, i genannten Fällen.

Bei der Berechnung des in dieser Ziffer 2° genannten Bezugszeitraums gelten die Beiträge, die das Mitglied aufgrund einer kollektiven Schuldenregelung oder Konkurses, d. h. vor der gerichtlichen Feststellung der Zulässigkeit oder des Konkurses, rechtlich verhindert ist zu zahlen, als entrichtet.

Für das Mitglied, das während eines Teils des in dieser Ziffer 2 genannten Bezugszeitraums als unterhaltsberechtigter Person mitversichert war und für das seit seiner Aufnahme als eigenständig Versicherter während dieses Bezugszeitraums alle Beiträge entrichtet wurden, wird davon ausgegangen, dass es während des gesamten Bezugszeitraums und, sofern nichts anderes nachgewiesen wird, während der drei Monate unmittelbar nach diesem Zeitraum seine Beiträge ordnungsgemäß entrichtet hat.

Für ein Mitglied, das seit dem 1. Januar 2019 seine Beiträge ordnungsgemäß beglichen hat, wird für die Zeit bis zum 31. Dezember 2020 davon ausgegangen, dass die Beiträge ordnungsgemäß entrichtet wurden, wenn es darum geht, festzustellen, ob Anspruch auf eine Leistung für einen Leistungsfall besteht, der nach dem 31. Dezember 2018 eintritt. Diese Bestimmung berührt nicht die Tatsache, dass die Beitragserhebung für die Leistungen der Zusatzversicherung im Sinne des Artikels 7 BIS nach fünf Jahren ab dem Ende des Monats, auf den sich die unbezahlten Beiträge beziehen, verjährt ist.

§3 Das Mitglied, dessen Anspruch auf diese Dienstleistungen ausgesetzt wurde

Wenn eine Person ihre Beiträge für die Leistungen der Zusatzversicherung im Sinne des Artikels 7 bis für einen Zeitraum, der nicht über den 23. Monat hinausgeht, der dem Monat, in dem das Ereignis eingetreten ist, das gemäß Satzung zur Gewährung der Leistung führen kann vorausgeht, nicht regelmäßig bezahlt, wird der Leistungsanspruch für diese Person ausgesetzt.

Für die Anwendung des vorstehenden Absatzes:

1. Die Monate, in denen die betreffende Person ihren Status als eigenständig Versicherter im vorgenannten Sinne verloren hat und als unterhaltsberechtigter Person bei einem anderen Versicherten mitversichert wurde, werden den Monaten gleichgestellt, für die die Beiträge entrichtet wurden;
2. Beiträge, die das Mitglied aufgrund einer kollektiven Schuldenregelung oder Konkurses, d. h. vor der gerichtlichen Feststellung der Zulässigkeit oder des Konkurses, rechtlich verhindert ist zu zahlen, gelten als entrichtet.

War die Person während des in Absatz 1 genannten Bezugszeitraums ununterbrochen als eigenständig Versicherter bei verschiedenen belgischen Krankenkassen versichert, so werden bei der Anwendung des Absatzes 1 die Monate der Nichtzahlung der Zusatzversicherungsbeiträge während der Mitgliedschaft als eigenständig Versicherter bei einer früheren Krankenkasse berücksichtigt.

Wenn die Person während des in Absatz 1 genannten Bezugszeitraums während eines oder mehrerer Monate nicht bei einer belgischen Krankenkasse versichert war, wird diese Zeit der Unterbrechung gleichgestellt:

1. mit einem Zeitraum, für den das Mitglied seine Beiträge regelmäßig entrichtet hat, wenn das Mitglied:
 - a) nicht zu den Mitgliedern gehört, denen der Anspruch auf die Leistungen der Zusatzversicherung entzogen wurde und die den Zeitraum der „Wiedererlangung des Leistungsanspruchs“ gemäß §4 Absatz 5 nicht erfüllt haben;
 - b) in einer der folgenden Situationen ist:
 1. das Mitglied hat für alle Monate, in denen es im Laufe der 23 hier oben genannten Monate als eigenständig Versicherter einer belgischen Krankenkasse angehört hat, regelmäßig die Beiträge für die Leistungen der Zusatzversicherung bezahlt;

2. das Mitglied hat nicht für alle Monate, in denen es im Laufe der 23 hier oben genannten Monate als eigenständig Versicherter einer belgischen Krankenkasse angehört hat, regelmäßig die Beiträge für die Leistungen der Zusatzversicherung bezahlt, aber es zahlt spätestens in dem Monat, in dem die Neuanmeldung nach einem Zeitraum der Unterbrechung in Kraft tritt, die nichtbezahlten Beiträge bei seinem Versicherungsträger oder seinen Versicherungsträgern nach;

2. mit einem Zeitraum, in dem die Beiträge für die betreffenden Dienstleistungen als nicht bezahlt gelten, in allen anderen als den unter 1 genannten Fällen

Unbeschadet der Anwendung der Verjährung nach Artikel 48 bis des Gesetzes vom 6. August 1990 darf ein Mitglied, dessen Leistungsanspruch im Rahmen der Zusatzversicherung ausgesetzt ist, die Leistungen der Zusatzversicherung erst nach Zahlung aller Beiträge für den betreffenden Zeitraum von 23 Monaten und für den Monat, in dem das Ereignis eintritt, das nach der Satzung zur Gewährung der Leistung führen kann, wieder in Anspruch nehmen.

§ 4. Das Mitglied dem der Anspruch auf die Leistungen der Zusatzversicherung entzogen wurde

Wenn eine Person ihre Beiträge für die Leistungen der Zusatzversicherung im Sinne der Artikel 7 Bis für einen Zeitraum, der über 24 Monate hinausgeht, nicht regelmäßig bezahlt, wird dieser Person der Leistungsanspruch entzogen.

Für die Anwendung des vorstehenden Absatzes:

1. Die Monate des obengenannten Zeitraums, in denen die betreffende Person ihren Status als eigenständig Versicherter im vorgenannten Sinne verloren hat und als unterhaltsberechtigter Person bei einem anderen Versicherten mitversichert wurde, werden den Monaten gleichgestellt, für die die Beiträge entrichtet wurden;
2. Beiträge, die das Mitglied aufgrund einer kollektiven Schuldenregelung oder Konkurses, d. h. vor der gerichtlichen Feststellung der Zulässigkeit oder des Konkurses, rechtlich verhindert ist zu zahlen, gelten als entrichtet.

War die Person während des in Absatz 1 genannten Bezugszeitraums ununterbrochen als eigenständig Versicherter bei verschiedenen belgischen Krankenkassen versichert, so werden bei der Anwendung des Absatzes 1 die Monate der Nichtzahlung der Zusatzversicherungsbeiträge während der Mitgliedschaft als eigenständig Versicherter bei einer früheren Krankenkasse berücksichtigt.

Wenn die Person während des in Absatz 1 genannten Bezugszeitraums während eines oder mehrerer Monate nicht bei einer belgischen Krankenkasse versichert war, wird diese Zeit der Unterbrechung gleichgestellt:

1. mit einem Zeitraum, für den das Mitglied seine Beiträge regelmäßig entrichtet hat, wenn das Mitglied:
 - a) nicht zu den Mitgliedern gehört, denen der Anspruch auf die Leistungen der Zusatzversicherung entzogen wurde und die den Zeitraum der „Wiedererlangung des Leistungsanspruchs“ gemäß Absatz 5 nicht erfüllt haben;
 - b) in einer der folgenden Situationen ist:
 1. das Mitglied hat für alle Monate, in denen es im Laufe der 24 hier oben genannten Monate als eigenständig Versicherter einer belgischen Krankenkasse angehört hat, regelmäßig die Beiträge für die Leistungen der Zusatzversicherung bezahlt;
 2. das Mitglied hat nicht für alle Monate, in denen es im Laufe der 24 hier oben genannten Monate als eigenständig Versicherter einer belgischen Krankenkasse angehört hat, regelmäßig die Beiträge für die Leistungen der Zusatzversicherung bezahlt, aber es zahlt spätestens in dem Monat, in dem die Neuanmeldung nach einem Zeitraum der Unterbrechung in Kraft tritt, die nichtbezahlten Beiträge bei seinem jeweiligen Versicherungsträger oder seinen jeweiligen Versicherungsträgern nach;
2. mit einem Zeitraum, in dem die Beiträge für die betreffenden Dienstleistungen als nicht bezahlt gelten, in allen anderen als den unter 1 genannten Fällen.

Unbeschadet der Anwendung der Verjährung nach Artikel 48 bis des Gesetzes vom 6. August 1990 darf ein Mitglied, dem der Leistungsanspruch im Rahmen der Zusatzversicherung entzogen wurde, die Leistungen der Zusatzversicherung im Sinne des Artikels 7 bis erst wieder nach einer weiteren 24-monatigen Frist in Anspruch nehmen, für welche die Beiträge zu diesen Leistungen bezahlt

worden sein müssen, ohne dass hierfür auch nur eine einzige Leistung der Zusatzversicherung in Anspruch genommen werden darf.

Die im vorigen 1 genannte Frist von 24 Monaten wird ausgesetzt:

- 1° während des Zeitraums, in dem das Mitglied, das mit der Zahlung der Beiträge für einen weiteren Zeitraum begonnen hat, aufgrund einer kollektiven Schuldenregelung oder eines Konkurses rechtlich an der Zahlung gehindert wird;
- 2° während des Zeitraums, in dem das Mitglied, das mit der Zahlung der Beiträge für einen weiteren Zeitraum begonnen hatte, den Status des eigenständig Versicherten verloren hat und den Status eines unterhaltsberechtigten Mitversicherten eines eigenständig Versicherten erhalten hat, der die Beiträge zur Zusatzversicherung nicht regelmäßig entrichtet hat.

War das Mitglied, dem der Anspruch auf die Leistungen der Zusatzversicherung entzogen wurde, während des in Absatz 5 genannten Zeitraums der „Wiedererlangung des Leistungsanspruchs“ ununterbrochen als eigenständig Versicherter bei verschiedenen belgischen Krankenkassen versichert, so werden die 24 Monate ab dem ersten Tag des Monats gezählt, für den die Beiträge für die genannten Leistungen der Krankenkasse, der er zunächst während dieser Zeit angehörte, gezahlt wurden.

Im Falle einer Unterbrechung der Zugehörigkeit zu einer belgischen Krankenkasse als eigenständig Versicherter nach Beginn des in Absatz 5 genannten Zeitraums der „Wiedererlangung des Leistungsanspruchs“ gemäß Absatz 5 setzt der Zeitraum der Unterbrechung die genannte Frist von 24 Monaten aus, für die Beiträge gezahlt werden müssen, ohne dass eine Leistung der Zusatzversicherung in Anspruch genommen werden darf; diese Aussetzung darf jedoch fünf Jahre nicht überschreiten.

ARTIKEL 8: AUSSCHLUSSVERFAHREN UND KÜNDIGUNG

Von den im Artikel 3 beschriebenen Dienstleistungen darf ein Mitglied ausgeschlossen werden, wenn es gegen die Gesetze vom 14. Juli 1994 und vom 6. August 1990 oder gegen deren Durchführungserlasse verstößt.

Über den Ausschluss entscheidet der Verwaltungsrat oder die Person bzw. der Ausschuss, der zu diesem Zweck vom Verwaltungsrat gemäß Artikel 23 des Gesetzes vom 6. August 1990 eingesetzt wird. Das Mitglied ist demnach per Einschreiben oder durch den Gerichtsvollzieher mindestens 10 Werktage vor der Sitzung vorzuladen, auf der es seine Verteidigungsargumente geltend machen kann

Es kann eine schriftliche Begründung und entsprechende Belege vorlegen, Unterlagen zu seiner Person und solche, auf die sich der Ausschlussantrag begründet, einsehen. Es kann sich auf dieser Sitzung von einer Person seiner Wahl beistehen lassen. Die Argumente, die es zur Verteidigung vorbringt, werden angehört.

Ein ordnungsgemäß vorgeladenes Mitglied, das der betreffenden Sitzung ohne triftige Entschuldigung fernbleibt oder keine Argumente zur Verteidigung vorbringt, kann im Versäumnisweg ausgeschlossen werden. Der Verwaltungsrat hat darüber zu entscheiden, ob der Entschuldigungsgrund triftig ist. Gegebenenfalls ergeht eine neue Vorladung an das Mitglied gemäß der in Absatz 3 dieses Artikels vorgesehenen Form. Der Beschluss des Verwaltungsrates ist dem Mitglied schriftlich, entweder per Einschreiben oder durch den Gerichtsvollzieher zuzustellen. Der Ausschluss tritt am ersten Tag des Quartals ein, das auf die oben genannte Zustellung folgt. Dieser Beschluss ist trotz aller Rechtsmittel unmittelbar vollstreckbar.

Ein Mitglied, das der Krankenkasse für die Pflichtkrankenversicherung angeschlossen ist, darf seine Mitgliedschaft für die in Artikel 3 vorgesehenen Dienstleistungen nicht auf eigene Initiative kündigen, außer:

- bei einer Umschreibung oder einem Wechsel zugunsten einer anderen Krankenkasse gemäß Artikel 118, Absatz 3 des koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung vom 14. Juli 1994;
- wenn es der belgischen Pflichtkrankenversicherung nicht mehr unterliegt.

Ein Mitglied, das der Krankenkasse nicht für die Pflichtkrankenversicherung angeschlossen ist, darf seine Mitgliedschaft für die in Artikel 3 vorgesehenen Dienstleistungen jederzeit auf eigene Initiative kündigen.

Diese Kündigung ändert nichts an der Verpflichtung zur Zahlung der Krankenkassenbeiträge für das Dienstleistungs- und das operative Angebot, die sich auf zurückliegende Versicherungszeiten innerhalb der im Artikel 48bis des Gesetzes vom 6. August 1990 vorgesehenen Verjährungsfrist beziehen.

ARTIKEL 9
AUFGEHOBEN

KAPITEL III : MITGLIEDSKATEGORIEN

ARTIKEL 10

Die Mitglieder der Gegenseitigkeitsgesellschaft werden in zwei Kategorien eingeteilt, lediglich was die Vertretung in den Verwaltungsgremien anbetrifft, nämlich:

ERSTE KATEGORIE :

Die Selbstständigen und die Mitglieder der Ordensgemeinschaften, die in Artikel 32, Absatz 1, 1 bis, 2, 6 bis, 6 ter, 11 bis, 11 ter, 11 quater und 21 des Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung genannt werden, sowie deren Mitversicherten.

ZWEITE KATEGORIE :

a) Die Versicherten, die der Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung unterliegen gemäß den anderen Punkten des Artikels 32, Absatz 1, sowie die unter Punkt 2 desselben Absatzes des Gesetzes über Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung genannten Arbeitnehmer, der für die Mitglieder der ersten Kategorie gilt, sowie deren Mitversicherten.

b) Die Versicherten, die der Gesundheitspflegepflichtversicherung unterliegen gemäß den anderen Punkten desselben Absatzes des Artikels 32 des Gesetzes über die Gesundheitspflegepflichtversicherung der für die Mitglieder der ersten Kategorie gilt, sowie deren Mitversicherten.

c) Die Personen, die ihren Zweit- oder Hauptwohnsitz in Belgien haben und gemäß einer europäischen Verordnung oder einem zwischenstaatlichen Sozialversicherungsabkommen unter eigenem Namen Anspruch auf die Erstattung von Gesundheitsleistungen im Rahmen einer ausländischen Krankenversicherung haben und die der Krankenkasse für das Dienstleistungs- und operative Angebot beigetreten sind, sowie deren Mitversicherten.

d) Die Personen, die ihren Zweit- oder Hauptwohnsitz außerhalb Belgiens haben und gemäß einer europäischen Verordnung oder einem zwischenstaatlichen Sozialversicherungsabkommen unter eigenem Namen Anspruch auf die Erstattung von Gesundheitsleistungen im Rahmen der belgischen Krankenversicherung haben und die der Krankenkasse für das Dienstleistungs- und operative Angebot beigetreten sind, sowie deren Mitversicherten.

e) Die Personen, die sich der Christlichen Krankenkasse für das Dienstleistungs- und operative Angebot angeschlossen haben und die:

- für die Pflichtkrankenversicherung bei der Kasse für Gesundheitspflege der HR Rail versichert ist;
- für die Pflichtkrankenversicherung bei der Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung (HKIV) versichert sind sowie deren Mitversicherten;

Der obengenannten Person gleichgestellt ist die Person, die ihren gewöhnlichen Hauptwohnsitz in Belgien hat, die jedoch aufgrund der Artikel 17, 24 oder 26 der Europäischen Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit oder aufgrund jeder anderen gleichwertigen Bestimmung, die in einer zwischenstaatlichen Vereinbarung festgelegt wurde, der Gesetzgebung über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung eines anderen Staates als Belgien unterliegt, und die der HKIV einen Anspruchsschein S1 oder gleich welchen anderen gleichwertigen Schein vorlegt, um zu Lasten des Landes, in dem sie pflichtkrankenversichert ist, Leistungen zu erhalten, die in dem obengenannten koordinierten Gesetz vom 14. Juli 1994 vorgesehen sind, sowie deren Mitversicherten;

- für die Gesundheitspflege unter eigenem Namen beim Landesamt für soziale Sicherheit/überseeische soziale Sicherheit versichert ist und deren Mitversicherten;
- unter eigenem Namen Anspruch auf die Erstattung der Gesundheitsleistungen aufgrund eines Statuts einer Einrichtung des europäischen oder internationalen Rechts mit Sitz in Belgien hat oder haben kann, oder Mitarbeiter einer Botschaft oder eines Konsulats in Belgien ist, deren Gesundheitsleistungen zu Lasten des Landes, das ihn entsendet, abgesichert sein müssen, gemäß den Wiener Übereinkommen von 1961 und 1963, sowie deren Mitversicherten;

- der Krankenversicherungspflicht wegen einer Auslandsmission für eine belgische Regierung nicht mehr unterliegt, sowie deren Mitversicherten;
- sich in einem in Artikel 3ter, 1° des Gesetzes vom 6. August 1990 beschriebenen Fall befindet und für die obengenannte Pflichtkrankenversicherung bereits anderswo angemeldet oder versichert ist, sowie deren Mitversicherten;
- inhaftiert oder interniert ist und für die Gesundheitspflegepflichtversicherung vom FÖD Justiz abhängt, sowie deren Mitversicherten.

KAPITEL IV : GREMIEN DER KRANKENKASSE

ABSCHNITT 1 - DIE GENERALVERSAMMLUNG

ARTIKEL 11: ZUSAMMENSETZUNG

Die Generalversammlung setzt sich aus je einem Vertreter für 250 Mitglieder zusammen, so wie sie im Artikel 2, § 3 des Gesetzes vom 6. August 1990 und gemäß diesem definiert sind.

Das Amt als Vertreter in der Generalversammlung wird unentgeltlich ausgeübt.

Diese Vertreter werden auf sechs Jahre gewählt. Sie sind wiederwählbar.

Artikel 14, § 1 des Gesetzes vom 6. August 1990.

ARTIKEL 12: WAHLBEZIRKE

Die Krankenkasse besteht aus zwei Wahlbezirken, die den jeweiligen in Artikel 6 beschriebenen Gegenseitigkeitsgesellschaften entsprechen.

Jedes Mitglied gehört also zu einem der beiden Wahlbezirke, je nach der Wahl der Sprache, entweder Deutsch oder Französisch, die er als Versicherter selbst trifft oder die als Mitversicherter von dem jeweiligen Versicherten getroffen wird.

Innerhalb jedes Wahlbezirks wählen die wahlberechtigten Mitglieder die Anzahl Vertreter im Verhältnis zur Anzahl Mitglieder in ihrem Wahlbezirk nach den in Artikel 11 dieser Satzungen vorgesehenen Anteilen.

ARTIKEL 13: BEDINGUNGEN ZUR WAHLBERECHTIGUNG UND ERSTELLUNG DER WAHLLISTEN

Wahlberechtigt sind

- die der Krankenkasse angeschlossenen Mitglieder, die:
 - volljährig oder mündig gesprochen sind;
 - regelmäßig die Beiträge für ihren Krankenkassenhaushalt bei der Krankenkasse entrichten;
 - einen guten Leumund besitzen;
 - in Belgien ansässig sind;

- die Mitversicherten, die:
 - volljährig oder mündig gesprochen sind;
 - als Unterhaltsberechtigte von Versicherten gelten, die regelmäßig die Beiträge für ihren Krankenkassenhaushalt bei der Krankenkasse entrichten;
 - einen guten Leumund besitzen;
 - in Belgien ansässig sind;

Artikel 14, § 1 des Gesetzes vom 6. August 1990 - Artikel 8 KE vom 7. März 1991

Es werden zwei Wählerlisten erstellt, eine je Wahlbezirk.

Die Wahlberechtigung wird durch die Eintragung in die Wählerlisten festgestellt. Auf diesen Listen stehen Name, Vornamen, Versicherungsnummer und Anschrift jedes Wählers.

Die Wählerlisten werden endgültig abgeschlossen am Ende des Quartals, das dem Quartal vorausgeht, in dem das Wahlverfahren beginnt.

ARTIKEL 14: BEDINGUNGEN ZUR WÄHLBARKEIT

Um als Vertreter in die Generalversammlung gewählt zu werden, muss das Mitglied folgende Voraussetzungen erfüllen:

- das Wahlrecht gemäß Artikel 13 dieser Satzungen besitzen;
- einen guten Leumund und seine bürgerlichen Rechte besitzen;
- seit mindestens zwei Jahren vor dem Datum der Wahl der Krankenkasse oder einer Krankenkasse, die dem gleichen Landesbund angeschlossen ist, als Mitglied angehören;
- nicht Beschäftigter der Krankenkasse oder des LBCK sein oder gewesen sein, d.h. einen Arbeitsvertrag mit dem LBCK abgeschlossen haben oder zu der gleichen technischen Beschäftigungseinheit wie der Krankenkasse oder des LBCK gehören (vgl. Artikel 14 des Gesetzes vom 20. September 1948 über die wirtschaftliche Organisation).

Ein Mitglied kann sich nur in dem Wahlbezirk zur Wahl stellen, in dem es auch selbst wahlberechtigt ist.

Der Verlust einer der Wählbarkeitsbedingungen während der Ausübung des Mandats führt automatisch zum Verlust der Mitgliedschaft in der Generalversammlung.

ARTIKEL 15: WAHLZEITEN

Alle sechs Jahre, und zum ersten Mal im Jahre 2004 legt der Verwaltungsrat die Wahlzeit fest, nachdem er festgestellt hat, dass die Wählerlisten nach den in Artikel 13 dieser Satzungen festgelegten Bestimmungen erstellt wurden. Diese Wahlzeit beginnt mit dem Bewerbungsaufwurf gemäß Artikel 16 und endet mit der Verkündung des Wahlergebnisses gemäß Artikel 25. Auf der gleichen Sitzung legt der Verwaltungsrat folgende Einzelheiten fest:

- das Datum der Veröffentlichung der Mitteilung gemäß Absatz ein des Artikels 16;
- die anderen in Artikel 16 erwähnten Daten;

Gleichzeitig bezeichnet der Verwaltungsrat noch die Mitglieder der Wahlvorstände gemäß Artikel 20.

ARTIKEL 16: BEWERBUNGSAUFRUF UND EINREICHEN DER BEWERBUNGEN

Die Wahlen werden mit der Aufforderung zur Bewerbung angekündigt. Dieser Aufruf erfolgt durch Anschlag einer schriftlichen Mitteilung in jeder Geschäftsstelle der Krankenkasse. Diese Mitteilung muss die weiter unten aufgeführten Angaben enthalten.

Die Mitglieder werden ebenfalls und gleichzeitig über die Veröffentlichungen informiert, die für die Mitglieder der Krankenkasse bestimmt sind, und zwar über:

- 1) den Aufruf zur Bewerbung und das Verfahren zur Anmeldung seiner Bewerbung,
- 2) den letzten Termin der Bewerbung,
- 3) die Verteilung der Wahlbezirke und die Anzahl der Sitze je Wahlbezirk,
- 4) die Daten hinsichtlich des Wahlverfahrens.

Mitglieder, die sich bewerben möchten, können dies bis spätestens fünfzehn Kalendertage nach dem Ende des Monats tun, in dem die Mitteilungen ausgehängt und die im Absatz 2 beschriebenen Veröffentlichungen ihnen zugestellt wurden.

(November 2003)

Artikel 9 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991

ARTIKEL 17: FORM DER BEWERBUNGEN

Die Bewerbungen müssen dem Präsidenten der Krankenkasse per Einschreiben zugesandt werden. Die Bewerbung muss in der Sprache des Wahlbezirks des Kandidaten verfasst sein und durch 20 Unterschriften von Wählern des Wahlbezirks unterstützt werden, dem der Kandidat angehört.

Wenn der Präsident feststellt, dass der Bewerber die Voraussetzungen zur Wählbarkeit nicht erfüllt, muss er diesen innerhalb von fünfzehn Kalendertagen nach dem Versanddatum der Bewerbung per Einschreiben über die Gründe der Ablehnung seiner Aufnahme in die Wählerliste in Kenntnis setzen.

Artikel 10 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991.

Wenn der Bewerber mit der Ablehnung nicht einverstanden ist, hat er das Recht, sich innerhalb von zehn Werktagen nach dem Versanddatum des oben genannten Einschreibens per Einschreiben an die Aufsichtsbehörde der Krankenkassen zu wenden.

Artikel 36 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991.

ARTIKEL 18: AUFSTELLUNG DER BEWERBERLISTEN.

Eine Liste der tatsächlichen Bewerber wird für jeden Wahlbezirk in alphabetischer Reihenfolge erstellt.

Artikel 13 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991.

ARTIKEL 19: VERÖFFENTLICHUNG DER BEWERBERLISTEN.

Die Liste der Bewerber, welche die Voraussetzungen zur Wählbarkeit erfüllen, ist den Mitgliedern und den Wahlberechtigten innerhalb von neunzig Kalendertagen nach dem Datum der Aufforderung zur Einreichung der Bewerbung auf dem Veröffentlichungsweg bekannt zu geben.

Artikel 11 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991.

Die Wahlen beginnen spätestens innerhalb von dreißig Tagen nach dieser Bekanntgabe.

Artikel 12 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991.

ARTIKEL 20: WAHLVORSTÄNDE

Mit der Durchführung und der Überwachung der Wahl wird ein Wahlvorstand beauftragt, der aus einem Vorsitzenden, einem Sekretär und zwei Beisitzern besteht, die zur Wahrung des Wahlgeheimnisses verpflichtet sind.

Die Mitglieder des Wahlvorstands werden vom Verwaltungsrat bei der Eröffnungssitzung der in Artikel 15 beschriebenen Wahlzeit ernannt.

Der Sekretär wird vom Präsidenten unter den Mitarbeitern der Krankenkasse ausgewählt.

Die Bewerber, die sich zur Wahl stellen, dürfen dem Wahlvorstand nicht angehören.

Der Wahlvorstand trifft die erforderlichen Vorkehrungen, um einen ordentlichen Ablauf der Wahl zu gewährleisten.

Artikel 13 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991

ARTIKEL 21: DIE WAHL

Die Wahl erfolgt per Briefwahl.

Wenn die Wahl stattfinden muss, erhält der Wähler mindestens 10 Tage vor der Wahlzeit den weiter unten beschriebenen Briefumschlag, welcher offen ist und den Wahlzettel mit den Wahlanweisungen enthält.

Der Wahlzettel enthält in Form einer alphabetisch geordneten Liste die Namen sämtlicher Kandidaten

Auf dem offenen Umschlag, steht der Vermerk „Porto bezahlt Empfänger“ sowie die Anschrift „An den Sekretär des Wahlvorstands für die Wahl der Generalversammlung Christlichen Krankenkasse der Gerichtsbezirke Verviers-Eupen.“

Auch die Personalien des Absenders müssen auf dem Umschlag vermerkt werden (Name, Vorname, Anschrift und Mitgliedsnummer).

Der Umschlag muss dem Sekretär des Wahlvorstands entweder auf dem Postweg zugestellt werden oder in eine der versiegelten Urnen gelegt werden, die in der Wahlzeit in jeder Geschäftsstelle der Krankenkasse aufgestellt werden. Dieser Umschlag muss verschlossen zugestellt werden, damit die Wahl gültig ist.

Artikel 13 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991.

ARTIKEL 22: GÜLTIGKEIT DER WAHL

Jeder Wähler darf nur eine Stimme abgeben. Die anonyme Vorzugs-Stimmabgabe erfolgt durch Ankreuzen des Kästchens neben dem Namen und dem Vornamen des Bewerbers, dem der Wähler seine Stimme geben möchte.

Ungültig sind:

- alle anderen Wahlzettel als die, welche den Wahlberechtigten zugesandt wurden;
- die Wahlzettel, die mehr als eine Stimmabgabe enthalten;
- die Wahlzettel, die keine Stimmabgabe enthalten;
- die Wahlzettel, die einen Hinweis auf die Identität des Wählers enthalten;
- die Wahlzettel, die gleich welches andere Schriftzeichen enthalten als das, welches zur Stimmabgabe dient.

ARTIKEL 23: AUSZÄHLUNG DER WAHLZETTEL

Der Wahlvorstand zählt die Stimmen innerhalb von sieben Werktagen nach der Wahlzeit aus.

Die Vertreter werden nach der Anzahl Stimmen, die sie erhalten haben, gewählt.

Bei Stimmgleichheit für mehrere Bewerber für den letzten zu vergebenden Sitz, wird dem jüngsten Bewerber der Vortritt gelassen.

Artikel 16 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991.

Der Wahlvorstand erstellt einen Bericht über den Verlauf der Wahlen, in dem er die Anzahl der abgegebenen Stimmen, die Anzahl der gültigen Stimmen und das Ergebnis der Wahl sowie die Wahlbezirke in denen aus den in Artikel 24 dieser Satzungen beschriebenen Gründen keine Wahl stattgefunden hat, aufgeführt werden.

Dieser Bericht ist vom Vorsitzenden des Wahlvorstands sieben Jahre lang aufzubewahren.

ARTIKEL 24: AUSNAHME ZUR PFLICHT DER DURCHFÜHRUNG VON WAHLEN

Wenn die Zahl der Bewerber je Wahlbezirk mit der Anzahl der zu vergebenden Sitze übereinstimmt oder darunter liegt, gelten die Bewerber automatisch als gewählte Vertreter.

Artikel 14 und 15 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991.

ARTIKEL 25: VERÖFFENTLICHUNG DES WAHLERGEBNISSES UND EINSPRUCH

Die Mitglieder werden spätestens innerhalb von fünfzehn Tagen nach Ende der Wahlzeit durch öffentliches Anschlag gemäß Artikel 16 über den Ausgang der Wahl in Kenntnis gesetzt.

Gleichzeitig werden die Ergebnisse der Wahl in den Veröffentlichungen mitgeteilt, die für die Mitglieder der Krankenkasse bestimmt sind.

Artikel 17 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991.

Jeder, der ausreichend Gründe geltend machen kann und die Wahlen für ungültig erklären lassen möchte oder eine Änderung des Wahlvorgangs wünscht, hat das Recht, die Aufsichtsbehörde der Krankenkassen innerhalb von zehn Werktagen nach dem Datum der im ersten Absatz dieses Artikels angeführten Veröffentlichung oder nach dem Datum der Veröffentlichung der in Absatz 2 bezeichneten Schriftstücke per Einschreiben anzurufen.

(November 2003)

Artikel 36 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991.

ARTIKEL 26: MITTEILUNG AN DEN LBCK UND DIE AUFSICHTSBEHÖRDE DER KRANKENKASSEN

Eine Ausfertigung der Wahlordnung sowie die Zusammensetzung des Wahlvorstands und eine Abschrift des Berichts über den Wahlvorgang sind dem LBCK und der Aufsichtsbehörde der Krankenkassen innerhalb von dreißig Tagen nach Abschluss der Wahlen zu übersenden.

Eine Ausfertigung der an die Mitglieder gerichteten Schreiben und/oder Veröffentlichungen ist gleichzeitig an den LBCK und die Aufsichtsbehörde zu schicken.

ARTIKEL 27: EINSETZUNG DER GENERALVERSAMMLUNG.

Die neue Generalversammlung wird spätestens innerhalb von dreißig Kalendertagen nach dem Ende der Wahlzeit eingesetzt. Eine Anrufung der Aufsichtsbehörde führt zur Aufhebung dieser dreißigtägigen Frist.

Die Generalversammlung darf fünf Berater aufnehmen. Diese verfügen über beratende Stimmen.

Artikel 18 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991.

Der Sekretär, der Schatzmeister sowie die Direktionsmitglieder der Krankenkasse nehmen mit beratender Stimme an der Generalversammlung teil.

Artikel 19 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991.

ARTIKEL 28: ZUSTÄNDIGKEIT UND ARBEITSWEISE DER GENERALVERSAMMLUNG

1) Die Generalversammlung wird vom Verwaltungsrat einberufen oder wenn ein Fünftel der Mitglieder der Generalversammlung einen entsprechenden Antrag stellt.

Die Mitglieder werden durch persönliches Schreiben zur Generalversammlung eingeladen, das spätestens zwanzig Kalendertage vor dem Datum der Generalversammlung zu versenden ist.

Artikel 16 des Gesetzes vom 6. August 1990.

2) Die Generalversammlung berät und beschließt über die ihr von Rechts wegen (insbesondere dem Gesetz vom 6. August 1990) und gemäß diesen Satzungen vorbehaltenen Angelegenheiten.

3) Die Generalversammlung ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte der Mitglieder anwesend oder vertreten ist und die Beschlüsse mit einfacher Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst werden, außer in den Fällen, in denen nach dem Gesetz vom 6. August 1990 oder dieser Satzungen eine anders lautende Bestimmung vorgesehen ist.

Wenn die Versammlung beim ersten Mal nicht beschlussfähig ist, wird eine zweite Generalversammlung einberufen, die unabhängig von der Anzahl der anwesenden Mitglieder beschlussfähig ist. Die für den Versand der Einladung geltende Frist wird in diesem Fall auf acht Kalendertage gekürzt. Die Beschlüsse werden auch dann mit der einfachen Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst, außer in den Fällen, in denen nach dem Gesetz vom 6. August 1990 oder diesen Satzungen eine anders lautende Bestimmung vorgesehen ist.

(November 2003)

Artikel 16 aufgrund einer Auslegung und 18 des Gesetzes vom 6. August 1990.

4) Jedes anwesende oder rechtsgültig vertretene Mitglied der Generalversammlung verfügt über eine Stimme.

Ein Mitglied, das der Generalversammlung nicht persönlich beiwohnen kann, hat die Möglichkeit, sich mittels schriftlicher Vollmacht durch ein anderes Mitglied der Generalversammlung vertreten zu lassen. Jedes Mitglied darf nur Träger einer einzigen Vollmacht sein.

5) Ausschließlich der Generalversammlung vorbehalten sind Satzungsänderungen nach dem in Kapitel IX beschriebenen Verfahren.

Artikel 15, § 1 des Gesetzes vom 6. August 1990.

6) Die Generalversammlung kann dem Verwaltungsrat ihre Befugnisse übertragen, was die Beschlüsse über die Anpassung der Beitragssätze angeht. Diese Übertragung von Befugnissen gilt für ein Jahr und kann erneuert werden.

Artikel 15, § 3 des Gesetzes vom 6. August 1990.

7) Die Generalversammlung wählt einen Wirtschaftsprüfer aus dem Kollegium von zwei Wirtschaftsprüfern, die von der Generalversammlung des LBCK ernannt wurden. Der Auftrag des Wirtschaftsprüfers gilt für drei Jahre.

Artikel 15, 4^o und 32 des Gesetzes vom 6. August 1990.

Der Wirtschaftsprüfer erstattet der jährlichen Generalversammlung einen Bericht ab, wenn auf deren Tagesordnung die Abstimmung über die Jahresrechnung steht.

Er wohnt auch der Generalversammlung bei, wenn diese über gleich welchen Bericht berät, den er verfasst hat.

ABSCHNITT 2 - WAHL DER MITGLIEDER, DIE DIE KRANKENKASSE IN DEN GENERALVERSAMMLUNGEN DES LBCK VERTRETEN

ARTIKEL 29/1: ANZAHL VERTRETER

Die Vertreter der Krankenkasse in der Generalversammlung des Landesbundes werden nach dem im KE vom 7. März 1991 und in der Satzung des Landesbundes vorgegebenen Verfahren gewählt.
Artikel 21 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991

ARTIKEL 29/2: WAHL DER VERTRETER

Die Vertreter und ihre Stellvertreter, welche die Krankenkasse in der Generalversammlung des LBCK vertreten, werden von den Mitgliedern der Generalversammlung der Krankenkasse auf Vorschlag des Verwaltungsrates gewählt.
Artikel 22 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991.

ARTIKEL 29/3: ANMELDUNG DER BEWERBUNGEN UND WAHL

Die Kandidaten müssen ihre Bewerbung fünfzehn Tage vor dem Datum der Generalversammlung, welche die entsprechende Wahl vornimmt, per Einschreiben an den Präsidenten des Verwaltungsrates der Krankenkasse senden. Die Bewerber werden in alphabetischer Reihenfolge in eine Liste eingetragen.

Die Wahl ist geheim. Jedes Mitglied der Generalversammlung verfügt über eine Stimme. Die Bewerber werden nach der Anzahl der Stimmen gewählt, die sie erhalten. Bei Stimmengleichheit zwischen mehreren Bewerbern für den letzten zu vergebenden Sitz, erhält der jüngste der beiden Bewerber den Vorzug.

Wenn die Anzahl der Bewerber mit den zu vergebenden Sitzen übereinstimmt oder darunter liegt, gelten die Bewerber automatisch als gewählt.

Artikel 23 und 24 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991.

ABSCHNITT 3 - WAHL DER MITGLIEDER, DIE DIE KRANKENKASSE IN DER GENERALVERSAMMLUNG DER GEGENSEITIGKEITSVEREINE VERTRETEN

ARTIKEL 30/1: ANZAHL VERTRETER

Die Vertreter der Krankenkasse in der Generalversammlung des der im Artikel 43bis, §1 des Gesetzes vom 6. August 1990 bezeichneten Gegenseitigkeitsgesellschaften, denen die Krankenkasse angeschlossen ist, werden nach dem im KE vom 5. Oktober 2000 und in der Satzung dieser Gegenseitigkeitsgesellschaften vorgegebenen Verfahren gewählt.

ARTIKEL 30/2: WAHL DER VERTRETER

Die Vertreter und ihre Stellvertreter, welche die Krankenkasse in der Generalversammlung der im Artikel 43bis, §1 des Gesetzes vom 6. August 1990 bezeichneten Gegenseitigkeitsgesellschaften, denen die Krankenkasse angeschlossen ist, vertreten, werden von den Mitgliedern der Generalversammlung der Krankenkasse auf Vorschlag des Verwaltungsrates gewählt.

ARTIKEL 30/3: ANMELDUNG DER BEWERBUNGEN UND WAHL

Die Kandidaten müssen ihre Bewerbung fünfzehn Tage vor dem Datum der Generalversammlung, welche die entsprechende Wahl vornimmt, per Einschreiben an den Präsidenten des Verwaltungsrates der Krankenkasse senden.

Die Wahl ist geheim. Jedes Mitglied der Generalversammlung verfügt über eine Stimme. Die Bewerber werden nach der Anzahl der Stimmen gewählt, die sie erhalten. Bei Stimmengleichheit zwischen mehreren Bewerbern für den letzten zu vergebenden Sitz, erhält der jüngste der beiden Bewerber den Vorzug.

Wenn die Anzahl der Bewerber mit den zu vergebenden Sitzen übereinstimmt oder darunter liegt, gelten die Bewerber automatisch als gewählt.

ABSCHNITT 3A: WAHL DER MITGLIEDER, DIE DIE KRANKENKASSE IN DER GENERALVERSAMMLUNG DER VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT AUF GEGENSEITIGKEIT (VGAG) CKK-ASSURA VERTRETEN

ARTIKEL 31/1: ANZAHL VERTRETER

Die Vertreter der Krankenkasse in der Generalversammlung der VGaG CKK Assura werden nach dem im KE vom 26. August 2010 und in der Satzung der VGaG CKK-Assura vorgegebenen Verfahren gewählt.

ARTIKEL 31/2: WAHL DER VERTRETER

Die Vertreter und ihre Stellvertreter, welche die Krankenkasse in der Generalversammlung der Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit CKK-Assura vertreten, werden von den Mitgliedern der Generalversammlung der Krankenkasse auf der Grundlage der Liste der gültig eingegangenen Bewerbungen gewählt.

ARTIKEL 31/3: ANMELDUNG DER BEWERBUNGEN UND WAHL

Die Kandidaten müssen ihre Bewerbung fünfzehn Tage vor dem Datum der Generalversammlung, welche die entsprechende Wahl vornimmt, per Einschreiben an den Präsidenten des Verwaltungsrates der Krankenkasse senden.

Die Wahl ist geheim. Jedes Mitglied der Generalversammlung verfügt über eine Stimme. Die Bewerber werden nach der Anzahl der Stimmen gewählt, die sie erhalten. Bei Stimmgleichheit zwischen mehreren Bewerbern für den letzten zu vergebenden Sitz, erhält der jüngste der beiden Bewerber den Vorzug.

Wenn die Anzahl der Bewerber mit den zu vergebenden Sitzen übereinstimmt oder darunter liegt, gelten die Bewerber automatisch als gewählt.

ABSCHNITT 4: VERWALTUNGSRAT - GESCHÄFTSFÜHRUNGS-AUSSCHUSS - REGIONALDIREKTOR - SCHATZMEISTER

ARTIKEL 32: ZUSAMMENSETZUNG DES VERWALTUNGSRATES

1) Der Verwaltungsrat der Krankenkasse besteht aus 20 gewählten Mitgliedern, und zwar aus:
10 Mitgliedern aus dem Wahlkreis der MCV;
10 Mitgliedern aus dem Wahlkreis der COK.
(November 2003)
Artikel 27 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991.

Die Bewerbungen sind dem Präsidenten oder dem Vizepräsidenten des Verwaltungsrates fünfzehn Tage vor dem Datum der Generalversammlung, auf der die Wahl durchgeführt wird, per Einschreiben zu übersenden. Der Präsident und der Vizepräsident erstellen zwei verschiedene Listen, die den jeweiligen Wahlbezirken entsprechen
Wenn die Anzahl der Bewerber über der Anzahl der zu vergebenden Sitze liegt, erfolgt eine geheime Wahl. Jedes Mitglied der Generalversammlung verfügt über eine Stimme je Liste. Die Bewerber, auf welche die meisten Stimmen entfallen, sind gewählt.

Bei Stimmengleichheit zwischen mehreren Bewerbern für den letzten zu vergebenden Sitz, erhält der Bewerber mit der längsten Zugehörigkeit zum Verwaltungsrat den Vorzug. Wenn beide Bewerber dem Verwaltungsrat gleich lange angehören erhält der jüngste der beiden Bewerber den Vorzug.
Wenn die Anzahl der Bewerber mit den zu vergebenden Sitzen übereinstimmt oder darunter liegt, gelten die Bewerber automatisch als gewählt.
Artikel 29 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991.

2) Der Verwaltungsrat darf fünf Berater ernennen, die wegen ihrer Fachkenntnisse anerkannt sind. Diese verfügen über eine beratende Stimme.
Artikel 31 des Gesetzes vom 6. August 1990
(November 2003)

3) Der Regionaldirektor und der Schatzmeister nehmen mit beratender Stimme an den Sitzungen des Verwaltungsrates teil.
Artikel 20, § 2 des Gesetzes vom 6. August 1990.

4) Die anderen Mitglieder der Direktion der Krankenkasse nehmen an den Sitzungen des Verwaltungsrates mit beratender Stimme teil.
Artikel 32 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991.

5) Dem Verwaltungsrat dürfen nicht mehr als 8/10 Personen des gleichen Geschlechts angehören.
Artikel 33 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991.

ARTIKEL 33: WÄHLBARKEITSBEDINGUNGEN

Um in den Verwaltungsrat aufgenommen zu werden, sind die in Artikel 14 dieser Satzungen vorgesehenen Bedingungen zur Wählbarkeit zu erfüllen.
(November 2005)

ARTIKEL 34: UNBEZAHLTES AMT

Für das Amt als Verwaltungsratsmitglied wird keine Vergütung gewährt. Die mit der Ausübung dieses Amtes verbundenen Fahrt-, Dokumentations-, Beherbergungs- und Repräsentationskosten werden erstattet, sofern sie belegt werden können.
Artikel 22 des Gesetzes vom 6. August 1990
(November 2003)

ARTIKEL 35: DAUER DES AMTES

Die von der Generalversammlung gewählten Mitglieder werden auf sechs Jahre gewählt.
Artikel 19 des Gesetzes vom 6. August 1990

Die vom Verwaltungsrat gemäß Artikel 32, 2 gewählten beratenden Mitglieder werden für die gleiche Zeit ernannt, wie die, welche für die Ausübung des Amtes der gewählten Mitglieder des Verwaltungsrats vorgesehen ist.
(November 2003)

ARTIKEL 36: ERSATZ, RÜCKTRITT, AUSSCHLUSS

Der Ersatz eines verstorbenen oder ausscheidenden Verwaltungsratsmitglieds erfolgt auf der darauf folgenden Generalversammlung nach dem in Artikel 35 vorgesehenen Verfahren. Das auf diese Weise gewählte Verwaltungsratsmitglied beendet das Amt desjenigen, das es ersetzt.

Der Austritt oder der Ausschluss aus der Krankenkasse setzt dem Amt als Verwaltungsratsmitglied automatisch ein Ende.

Ein Verwaltungsratsmitglied, das den Verwaltungsratssitzungen fünf Mal nacheinander ohne Rechtfertigung fernbleibt, kann vom Verwaltungsrat als ausgeschieden betrachtet werden.

Generalversammlung kann die Abberufung eines Verwaltungsratsmitglieds aussprechen, wenn es (Artikel 19 des Gesetzes vom 6. August 1990)

- dem Gesetz vom 14. Juli 1994 oder seinen Ausführungserlassen zuwiderhandelt;
- dem Gesetz vom 6. August 1990 oder seinen Ausführungserlassen zuwiderhandelt;
- strafrechtlich oder strafpolizeilich mit oder ohne Vorbehalt verurteilt worden ist, sobald das Urteil rechtskräftig wird; solange jedoch die Zeit der Information und Untersuchung läuft und bis zu dem Tag, an dem das Urteil rechtskräftig wird, darf das Verwaltungsratsmitglied seines Amtes vorläufig enthoben werden gemäß Beschluss des Verwaltungsrates unter Einhaltung des im Folgenden beschriebenen Verfahrens.
- so gehandelt hat, dass es den Interessen der Krankenkasse, des LBCK, der Gegenseitigkeitsgesellschaft SOLIMUT oder der Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit CKK-Assura schadet;
- sich geweigert hat, den Satzungen und Bestimmungen der Krankenkasse, des LBCK, der Gegenseitigkeitsgesellschaft SOLIMUT oder der Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit CKK-Assura Folge zu leisten.

Auf Einladung seines Präsidenten, seines Vizepräsidenten oder von fünf Mitgliedern des Verwaltungsrates, wird der Verwaltungsrat einberufen, um über diesen Punkt zu beschließen.

Das in Artikel 9 beschriebene Anhörungsverfahren gilt auch hier, mit Ausnahme des zweiten Absatzes.

Der Vorschlag, welcher der Generalversammlung zur Abstimmung vorgelegt wird, ist mit einer Mehrheit von drei Vierteln der Stimmen zu verabschieden.

Jedes anwesende Mitglied verfügt über eine Stimme.

Wenn die in Artikel 38 dieser Satzungen für die Beschlussfähigkeit vorgesehene Anzahl der Anwesenden nicht erreicht wird, kann eine zweite Sitzung mit der gleichen Tagesordnung einberufen werden. Diese ist unabhängig von der Zahl der anwesenden Verwaltungsratsmitglieder beschlussfähig. Für die Beschlussfassung bleibt jedoch die Dreiviertelmehrheit erforderlich.

Es wird in geheimer Wahl abgestimmt.

Das Verwaltungsratsmitglied, für welches ein Antrag auf Ausschluss vorliegt, wird mit sofortiger Wirkung seines Amtes enthoben bis zur endgültigen Entscheidung durch die Generalversammlung.

Gegebenenfalls wird der Antrag auf Ausschluss der Generalversammlung dann zur Ratifizierung vorgelegt gemäß den Bestimmungen über das Abstimmungsverfahren und die Beschlussfähigkeit, die laut Artikel 94 dieser Satzungen gelten.

Die vom Verwaltungsrat in dieser Zeit der Amtsenthebung des Mitglieds getroffenen Beschlüsse bleiben gültig, unabhängig von der Entscheidung der Generalversammlung.

Sollte es zu einer Aufhebung des Antrags auf Ausschluss kommen, endet die Amtsenthebung und die Mitgliedschaft im Verwaltungsrat bleibt weiter bestehen.

(November 2003)

ARTIKEL 37: ZUSTÄNDIGKEIT DES VERWALTUNGSRATES

Gemäß Artikel 23 des Gesetzes vom 6. August 1990 nimmt der Verwaltungsrat sämtliche Zuständigkeiten wahr, die nach dem Gesetz oder den Satzungen nicht ausdrücklich der Generalversammlung vorbehalten sind.

Mit Ausnahme der Festlegung der Beitragssätze darf der Verwaltungsrat in eigener Verantwortung dem Präsidenten bzw. einem oder mehreren Verwaltungsratsmitgliedern oder einem oder mehreren Ausschüssen, deren Mitglieder vom Verwaltungsrat aus seiner eigenen Mitte ernannt werden, einen Teil seiner Zuständigkeiten übertragen.
Artikel 23 des Gesetzes vom 6. August 1990.

Der Verwaltungsrat legt der Generalversammlung jedes Jahr die Jahresrechnung des vorhergehenden Geschäftsjahres und einen Haushaltsentwurf für das darauf folgende Geschäftsjahr zur Abstimmung vor.
Artikel 24 des Gesetzes vom 6. August 1990.

ARTIKEL 38: ARBEITSWEISE DES VERWALTUNGSRATES

Der Verwaltungsrat ist nur beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte der Verwaltungsratsmitglieder anwesend ist.
Jedes Mitglied verfügt über eine Stimme.
Die Beschlüsse werden mit einer Mehrheit von drei Vierteln der abgegebenen Stimmen gefasst.
Wenn die für die Beschlussfähigkeit erforderliche Anzahl der Anwesenden nicht erreicht wird, darf innerhalb von acht Tagen eine zweite Sitzung mit der gleichen Tagesordnung einberufen werden. Diese ist unabhängig von der Zahl der anwesenden Verwaltungsratsmitglieder beschlussfähig. Für die Beschlussfassung bleibt jedoch die Dreiviertelmehrheit erforderlich.
An Beratungen über Angelegenheiten, die sie selbst oder ihre Familienangehörigen bis zum vierten Verwandtschaftsgrad einschließlich direkt betreffen, dürfen die Mitglieder des Verwaltungsrates nicht teilnehmen.
Artikel 23 des Gesetzes vom 6. August 1990
(November 2003)

ARTIKEL 39: DIE PRÄSIDENTSCHAFT UND DIE VIZEPRÄSIDENTSCHAFT

Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Präsidenten und einen Vizepräsidenten, die nicht beide aus dem gleichen Wahlkreis hervorgehen dürfen. Nach einer ersten Amtszeit von drei Jahren wechseln Präsident und Vizepräsident sich in ihrem Amt ab.
Der Verwaltungsrat ernennt ebenfalls die Person, welche die Krankenkasse bei gerichtlichen und außergerichtlichen Handlungen vertritt.
Artikel 21 des Gesetzes vom 6. August 1990

ARTIKEL 40: DIE BEFUGNISSE DES PRÄSIDENTEN

Der Präsident führt den Vorsitz der Generalversammlung und der Verwaltungsratssitzungen, er sorgt für die Ausführung der Satzungen und besonderen Bestimmungen. Er vertritt die Krankenkasse in allen Beziehungen mit den öffentlichen Behörden.
Der Vizepräsident steht dem Präsidenten bei der Amtsausübung bei und ersetzt ihn bei Abwesenheit.
(November 2003)

ARTIKEL 41: DER REGIONALDIREKTOR-SCHATZMEISTER DER KRANKENKASSE

Der Regionaldirektor der Krankenkasse wird auf ein entsprechendes Gutachten des LBCK vom Verwaltungsrat ernannt und nimmt die allgemeine Geschäftsführung der Krankenkasse sowie das Sekretariat des Verwaltungsrates und der Generalversammlung wahr.
Er erledigt alle erforderlichen schriftlichen Arbeiten, er unterzeichnet die Post, er verfasst und unterzeichnet die Sitzungsberichte und zeichnet die Zahlungsaufträge gegen. Er ist für die Aufbewahrung der Schriftstücke zuständig.
Er ist für die Kontinuität der Arbeit der Krankenkasse verantwortlich.
Artikel 25 des Gesetzes vom 6. August 1990

ARTIKEL 42: DIE FINANZIELLE LAGE

Der Schatzmeister muss vor dem Verwaltungsrat Rechenschaft über die finanzielle Lage der Krankenkasse, die Aufbewahrung sämtlicher gesetzlicher und vorschriftsmäßiger Belege sowie über die Vermögenslage der Krankenkasse ablegen.

ARTIKEL 43: DER GESCHÄFTSFÜHRUNGSAUSSCHUSS

Der Geschäftsführungsausschuss der Krankenkasse besteht aus nichtständigen Mitgliedern:

- dem Präsidenten,
- dem Vizepräsidenten,
- zwei vom Verwaltungsrat aus seiner Mitte gewählten Vertretern, einer aus dem deutschsprachigen und einer aus dem französischsprachigen Wahlbezirk hervorgegangen.

Diese vier Mitglieder haben beschließende Stimmen.

Daneben gehören ihm als ständige Mitglieder an:

- Der Regionaldirektor,
- der Schatzmeister,
- die übrigen Mitarbeiter, die der Direktion.

Die ständigen Mitgliedern nehmen an den Sitzungen des Ausschusses mit beratender Stimme teil.

Der Geschäftsführungsausschuss ist mit der täglichen Geschäftsführung im Rahmen der Vollmachten, die ihm laut Gesetz zustehen und die ihm der Verwaltungsrat ausstellt, dem er Rechenschaft abzulegen hat, betraut.
(November 2005)

In ihren Beziehungen zu Dritten ist die Krankenkasse rechtsgültig vertreten und in ihren Rechtsakten verpflichtet durch die Unterschrift von zwei nichtständigen Mitgliedern, wovon eines einem ständigen Mitglied des Geschäftsführungsausschusses eine eigens zur Unterschrift dieser Rechtsakte ausgestellte Vollmacht erteilen darf.

Der im Rahmen des Verwaltungsrats gebildete Ausschuss für die öffentlichen Ausschreibungen setzt sich aus nichtständigen Mitgliedern des Geschäftsführungsausschusses zusammen.

Unter der Verantwortung des Verwaltungsrates und im Namen der Krankenkasse trifft dieser Ausschuss sämtliche Entscheidungen im Rahmen des öffentlichen Beschaffungswesens und anderer Verträge, bei denen finanzielle Verbindlichkeiten eingegangen werden. Die Beschlüsse des Ausschusses haben Gültigkeit, wenn mindestens zwei seiner Mitglieder anwesend sind.

Der Ausschuss darf seinerseits Personen die Vollmacht erteilen, die Beschlüsse auszuführen, die er in Bezug auf das öffentliche Auftragswesen trifft.

Dieser Ausschuss darf niemals in die Zuständigkeiten der Generalversammlung eingreifen.

KAPITEL V : DIE LEISTUNGEN DER KRANKENKASSE VORTEILE, BESONDERE AUFNAHMEBEDINGUNGEN, BEITRÄGE

EINLEITENDER ABSCHNITT: ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

ARTIKEL 44: MITGLIED - VERJÄHRUNG

Die Krankenkasse stellt Ihren Mitgliedern die in Artikel 3 dieser Satzungen beschriebenen Leistungen zur Verfügung.

Die Einforderung der Vorteile im Rahmen des Dienstleistungs- und operativen Angebots der Krankenkasse erlischt zwei Jahre nach dem Ereignis das nach der Satzung Anlass zur Gewährung eines Vorteils geben kann.

Die Krankenkasse hat nicht das Recht, auf die Anwendung der Verjährungsfrist zu verzichten.

Artikel 48 bis des Gesetzes vom 6. August 1990
(November 2003)

Die Maßnahmen zur Rückforderung der finanziellen Beteiligungen und der Entschädigungen, die zu Unrecht im Rahmen der Dienstleistungen der Zusatzversicherung im Sinne des Artikels 7bis gewährt wurden, verjähren zwei Jahre nach dem Ende des Monats, in dem die Zahlung erfolgt ist.

Diese Verjährung gilt nicht, wenn eine ungerechtfertigte Gewährung von finanziellen Beteiligungen und Entschädigungen auf betrügerische Handlungen zurückzuführen sind, für die derjenige verantwortlich ist, der die Leistungen erhalten hat. In diesem Fall gilt eine fünfjährige Verjährungsfrist ab dem Ende des Monats, in dem die Zahlung erfolgt ist.

ARTIKEL 45: WARTEZEITEN

Eine Wartezeit von 6 Monaten ist für das Dienstleistungs- und operative Angebot der Krankenkasse vorgesehen. Sie gilt nicht für die Person, die vor dem Beitritt zur Krankenkasse einem ähnlichen Dienstleistungs- und operativen Angebot einer anderen Krankenkassenkörperschaft angeschlossen war und für dieses Angebot keine Wartezeit zu erfüllen hatte bzw. diese Wartezeit in vollem Umfang erfüllt hat.

Wenn die Person unmittelbar vor ihrem Beitritt zur Krankenkasse einem ähnlichen Dienstleistungsangebot einer anderen Krankenkassenkörperschaft angeschlossen war und für dieses Angebot die Wartezeit noch nicht in vollem Umfang erfüllt hatte, verkürzt sich die bei unserer Krankenkasse zu erfüllende Wartezeit um die Dauer der von dieser Person für eine ähnliche Dienstleistung bereits zurückgelegten Wartezeit.

Für den Versicherten, der sich dem Dienstleistungs- und operativen Angebot der Krankenkasse anschließen möchte und der unmittelbar vor seinem Beitritt zum Zeitpunkt des Beitritts als Versicherter einer Krankenkasse ausgeschlossen wird, gilt eine neue Wartezeit von 6 Monaten für das Dienstleistungs- und operative Angebot der Krankenkasse.

Die Wartezeit für den Versicherten gilt auch für seine Mitversicherten.

Diese Bestimmung gilt unbeschadet der Bestimmungen des Artikels 7ter.

ARTIKEL 46: ENTSCHÄDIGUNG AUF GRUND EINER ANDEREN RECHTSVORSCHRIFT

Wenn die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung, die Arbeitsunfallversicherung, eine gesetzlich vorgeschriebene Versicherung, der Berufskrankheitsfonds, die öffentliche Hand oder eine von der öffentlichen Hand eingesetzte Einrichtung eine Kostenübernahme oder eine Kostenbeteiligung vorsieht, gewährt die Krankenkasse ihre Kostenbeteiligung erst nach Abzug dieser Kostenübernahme oder Kostenbeteiligung.

Die Bestimmung des vorigen Absatzes darf nicht zur Folge haben:

- dass die Summe aller Kostenübernahmen oder Kostenbeteiligungen geringer ausfällt für einen Leistungsberechtigten, der Anspruch auf die erhöhte Kostenerstattung hat, als für einen Leistungsberechtigten, der diesen Anspruch nicht hat;
- dass einem Leistungsberechtigten ein Vorteil verweigert wird mit der Begründung, dass die im vorigen Absatz beschriebene Kostenübernahme oder Kostenbeteiligung erst nach Ablauf der in Artikel 48bis des Gesetzes vom 6. August 1990 vorgesehenen Verjährung gewährt wird.

ARTIKEL 47: ÄNDERUNG DER VERSICHERUNGSEIGENSCHAFT ODER DER ZUSAMMENSETZUNG DES HAUSHALTS

Das Mitglied ist verpflichtet, die Krankenkasse innerhalb von 30 Tagen über Änderungen der Versicherungseigenschaft, des Status oder der Haushaltszusammensetzung in Kenntnis zu setzen.
Artikel 58 der Satzungen von SOLIMUT.

ARTIKEL 48: BEITRÄGE - FESTSETZUNG DES ALTERS - ZAHLUNGSBEFREIUNG

Die Beiträge sind fällig ab dem Datum des Inkrafttretens des Beitritts, wie in Artikel 7bis festgelegt, und für jeden angefangenen Monat. Die Mitglieder verpflichten sich, die Beiträge für das Dienstleistungs- und operative Angebot zu entrichten.

Die Beiträge gelten für den gesamten Krankenkassenhaushalt und sind vom Versicherten zu entrichten.

Der Jahresbeitrag für das Dienstleistungs- und operative Angebot der Krankenkasse wird in der Beitragstabelle festgehalten, welche dieser Satzung als Anhang I beigefügt ist.

Die Einforderung der Beiträge für die Dienstleistungen und das operative Geschäft verjährt fünf Jahre nach dem Ende des Monats, auf den sich die unbezahlten Beiträge beziehen.

Jede Änderung des Familienstandes, die eine Änderung des Beitragssatzes zur Folge hat, tritt am ersten Tag des Monats danach in Kraft.

Die folgenden Mitgliederkategorien zahlen einen Beitrag von 0,00 Euro:

- Personen unter 21 Jahren, die eine körperliche oder geistige Behinderung von mindestens 66 % gemäß Artikel 37, § 19,5° des Gesetzes vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung aufweisen und als Versicherte bei der Krankenkasse geführt werden, sowie deren Mitversicherten;

- Personen unter 25 Jahren, denen eine der im Gesetz vom 27. Februar 1987 über die Behindertenbeihilfen vorgesehenen Beihilfen gewährt wird gemäß Artikel 37, § 19,4° des Gesetzes vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung, und die als Versicherte bei der Krankenkasse geführt werden, sowie deren Mitversicherten.

ARTIKEL 49: NICHTZAHLUNG DER BEITRÄGE

Die Folgen der Nichtzahlung von Beiträgen werden in Artikel 7 TER dieser Satzungen festgelegt.

ARTIKEL 50: UNTERORDNUNG UNTER DIE PFLICHTKRANKENVERSICHERUNG AUFGEHOBEN

ABSCHNITT 1: GESUNDHEITSPFLEGE- UND ENTSCHÄDIGUNGSPFLICHTVERSICHERUNG, KOORDINIERT DURCH DAS GESETZ VOM 14. JULI 1994

ARTIKEL 51

Die Durchführung der Pflichtkrankenversicherung obliegt den Verwaltungsdienststellen der Krankenkasse.

ABSCHNITT 2 (AUFGEHOBEN AM 01.01.2008)

ARTIKEL 52 BIS 59 (AUFGEHOBEN)

ABSCHNITT 3: DIE ZUSATZVERSICHERUNG

ARTIKEL 60: BEGRIFFSBESTIMMUNG

Die in den Abschnitten 4 bis 18 hier unten beschriebenen Leistungen bieten den Mitgliedern die Möglichkeit, eine Reihe von Vorteilen, Hilfen oder Kostenerstattungen mit dem Ziel der Förderung

des körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens gemäß Artikel 3 des Gesetzes vom 6. August 1990 in Anspruch zu nehmen.

Sie bilden die Bestandteile der Zusatzversicherung im engeren Sinn.

Die im Abschnitt 19 beschriebene Leistung ist einziger Bestandteil des Verwaltungspostens, dessen Beiträge hier als „Verwaltungsbeiträge“ bezeichnet werden.

Sämtliche in den Abschnitten 4 bis 19 beschriebenen Leistungen bilden die Bestandteile der Zusatzversicherung im weiteren Sinn.

Um die zusätzlichen Vorteile und Dienstleistungen in Anspruch nehmen zu können, darf das Mitglied nicht von dem laut Artikels 7TER und 8 dieser Satzung geltenden Dienstleistungs- und operativen Angebot ausgeschlossen sein.

Wenn die Pflichtkrankenversicherung eine Kostenbeteiligung gewährt, darf die Summe dieser Kostenbeteiligung und die der Zusatzversicherung nicht geringer ausfallen für Personen mit einem Sozialstatut im Sinne von Artikel 37, §1 und 2 bzw. 19 des koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung als für die anderen Mitglieder.

ARTIKEL 61: BEITRITT DER SELBSTSTÄNDIGEN
(AUFGEHOBEN AM 01.01.2008)

ARTIKEL 62: INKRAFTTRETEN
AUFGEHOBEN

ARTIKEL 63: AUFGEHOBEN

ARTIKEL 64: BEITRÄGE - BEITRAGSFÄLLIGKEIT

Die Versicherten sind verpflichtet, für ihren Krankenkassenhaushalt die Beiträge zu entrichten, deren Jahres- und Monatssätze aus der Übersichtstafel in der Anlage I zu diesen Satzungen ersichtlich sind.

ARTIKEL 65: ENDE DER BEITRAGSPFLICHT - KÜNDIGUNG

Die Beitragspflicht endet:

- mit dem Tod des Versicherten; die für die noch nicht fälligen Zeiten bezahlten Beiträge sind den Anspruchsberechtigten des Versicherten innerhalb von drei Monaten nach dem Ende der Mitgliedschaft zu erstatten;

- bei einer Umschreibung am Ende des Monats, der dem ihres Inkrafttretens vorausgeht, wobei die Beiträge für die noch nicht abgelaufenen Zeiträume innerhalb von drei Monaten nach dem Ende der Mitgliedschaft des betreffenden Mitglieds zu erstatten sind;

- bei einem Wechsel zu einer anderen Krankenkasse am Ende des Quartals, der dem des Inkrafttretens des Wechsels vorausgeht; die für die noch nicht fälligen Zeiten bezahlten Beiträge sind dem betreffenden Mitglied zu erstatten;

ABSCHNITT 4: AUFGEHOBEN

ARTIKEL 66 AUFGEHOBEN

ABSCHNITT 5: VERSCHIEDENE VORBEUGENDE LEISTUNGEN UND ÄRZTLICHE UND PHARMAZEUTISCHE VERORDNUNGEN

ARTIKEL 67: AUFGEHOBEN

ARTIKEL 68: KREBSVORBEUGUNG

Die Krankenkasse erstattet 4 Euro für eine Beratung durch einen Krebsvorsorgedienst. Der Erstattungsbetrag (einschließlich des Betrags, der aus der Pflichtversicherung gezahlt wird), darf jedoch den Betrag nicht überschreiten, den das Mitglied tatsächlich bezahlt hat.

Die Leistung wird auf Vorlage des Originalbelegs erstattet, den die Einrichtung ausstellt, welche die Leistung erbringt. Diese Bescheinigung muss folgende Angaben enthalten: Datum, Personalien des Versicherten und bezahlter Betrag.

ARTIKEL 69: IMPFUNGEN

a) Die Krankenkasse gewährt einen Kostenzuschuss von maximal 25 Euro je Kalenderjahr und Leistungsberechtigten für in Belgien anerkannte Impfungen gegen Infektionskrankheiten und zur Desensibilisierung.

Die Impfung muss von einem Arzt verordnet werden, der eine LIKIV-Zulassungsnummer besitzt, und die Impfstoffe müssen in der Apotheke gekauft werden.

Die Erstattung erfolgt nach Abzug eventueller Erstattungsleistungen, die laut Gesetz, Dekret sowie deren Durchführungserlassen vorgesehen sind. Die Erstattung darf niemals den tatsächlich vom Leistungsempfänger gezahlten Eigenanteil überschreiten.

Die einschränkende Liste der Impfstoffe, die für eine Kostenerstattung in Frage kommen, liegt diesen Satzungen als Anhang bei. (Anhang III)

Der Verwaltungsrat der Krankenkasse kann die der Satzung beigefügte einschränkende Liste abändern, vorausgesetzt:

- der Beschluss des Verwaltungsrates wird der Aufsichtsbehörde unmittelbar per Einschreiben mit der Unterschrift eines hierzu von der Krankenkasse Bevollmächtigten übermittelt;
- das Datum, an dem der entsprechende Beschluss in Kraft tritt, wird in diesem Schreiben genannt;
- die Änderungen werden durch die darauffolgende Generalversammlung rückwirkend in die Satzung aufgenommen.

Die Mitglieder erhalten die von der Krankenkasse für Impfstoffe vorgesehene Kostenerstattung auf Vorlage einer ärztlichen Verordnung und eines vom Apotheker ausgestellten bzw. ordnungsgemäß ausgefüllten Vordrucks, wobei es den Mitgliedern freisteht,

- ein gemäß KE vom 22.8.2002 ausgestelltes Formular, das sich auf die im Rahmen der Zusatzversicherung erstattbaren pharmazeutischen Leistungen bezieht,
- einen Vordruck 704, der für eine Kostenübernahme im Rahmen der Pflichtkrankenversicherung ausgestellt wird,
- oder eine Bescheinigung für die Kostenbeteiligung der Krankenkasse vorzulegen.

ARTIKEL 69 BIS: AUFGEHOBEN

ARTIKEL 69 TER: ERSTATTUNGEN EIGENANTEILE IM DIAGNOSEZENTRUM

Die Krankenkasse gewährt dem Mitglied, das sich in dem von der ASBL (VoG) Santé et Solidarité betriebenen Diagnosezentrum mit Sitz in der Rue Laoureux 31 in 4800 Verviers behandeln lässt, eine zusätzliche Erstattung.

Für Versicherte ab 18 Jahren werden nämlich bis zu 50 Prozent der Eigenanteile für zahnärztliche Versorgung, Kinesiotherapie und ärztliche Beratungen gezahlt, deren Leistungsnummern im Anhang zu dieser Satzung aufgeführt sind (Anhang IV), unter der Voraussetzung, dass das Mitglied über eine allgemeine medizinische Akte verfügt.

Die Mitglieder unter 18 Jahren erhalten die gleichen Leistungen über Solimut.

Und schließlich erstattet die Krankenkasse dem Mitglied, das sich für eine ärztliche Beratung zum Diagnosezentrum begibt, die Reisekosten nach den im Artikel 80, 3 über die nichtdringenden Krankentransporte mit dem Privatwagen vorgesehenen Bestimmungen.

ABSCHNITT 6: ALTERNATIVE HEILVERFAHREN

ARTIKEL 70: AUFGEHOBEN

ARTIKEL 71: AUFGEHOBEN

ARTIKEL 71 BIS: AUFGEHOBEN

ARTIKEL 71 TER: AUFGEHOBEN

ABSCHNITT 7: SEHHILFEN [LEISTUNG ENDET AM 31.12.2018]

ARTIKEL 72

Die Krankenkasse übernimmt unter folgenden Voraussetzungen einen Teil der Kosten für den Kauf von Brillengestellen und -gläsern oder Kontaktlinsen.

1) Das Mitglied erhält eine Kostenerstattung von 50 Euro, die höchstens drei Mal bis zum Erreichen des Alters von 18 Jahren gezahlt wird.

Die Erneuerungsfrist wird auf zwei Jahre ab der ersten Kostenübernahme festgelegt.

2) Ab 18 Jahren erhält es eine Kostenübernahme von 50 Euro, die höchstens drei Mal gezahlt wird. Die Erneuerungsfrist wird auf drei Jahre ab der ersten Kostenübernahme festgelegt.

3) Die Leistung wird nach Erhalt der Abgabebescheinigung für das Gestell, das Glas oder die Gläser, der Kontaktlinse oder der Kontaktlinsen gewährt. (Von einem anerkannten Optiker ausgestellte Rechnung oder vom Augenarzt ausgestellte Quittung).

4) Auf dem Beleg muss die Sehstärke vermerkt sein.

5) Für Brillengläser und Kontaktlinsen bedarf es einer ärztlichen Verordnung.

6) Die in diesem Artikel vorgesehene Kostenerstattung erfolgt nach der gegebenenfalls im Rahmen der Pflichtkrankenversicherung gewährten Kostenerstattung, wobei allerdings der gesamte Erstattungsbetrag (einschließlich der Erstattung der Pflichtkrankenversicherung) niemals den vom Mitglied bezahlten Preis übersteigen darf.

ABSCHNITT 8.: SOLIDARISCHE KRANKENHAUSVERSICHERUNG

ARTIKEL 73

Die Krankenkasse bietet ihren Mitgliedern den Anspruch auf die satzungsmäßigen Leistungen der Gegenseitigkeitsgesellschaft SOLIMUT, der die Krankenkasse angeschlossen ist.

ABSCHNITT 9: WAHLFREIE KRANKENHAUSVERSICHERUNGEN

ARTIKEL 74

Die Krankenkasse bietet ihren Mitgliedern die Möglichkeit, sich den wahlfreien Krankenhausversicherungen anzuschließen, die von der Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit CCK-Assura angeboten werden.

ABSCHNITT 10: AUFENTHALT ZWECKS RUHEPAUSE [LEISTUNG ENDET AM 31.12.2018]

ARTIKEL 75

Ziel dieses Dienstes ist es, Mitglieder zeitweilig in eine Einrichtung aufzunehmen, die medizinische Pflege und Betreuung bietet und auf diese Weise die Angehörigen entlastet, die eine kleine Verschnaufpause nehmen möchten.

Die Aufnahmeeinrichtung muss sich auf belgischem Staatsgebiet befinden. Außerhalb des belgischen Staatsgebiets erbrachte Leistungen werden den Leistungsberechtigten gewährt, die ihren Hauptwohnsitz in einem Grenzgebiet haben, und die sich in einer Einrichtung aufnehmen lassen, die außerhalb des Staatsgebiets in einem Umkreis von höchstens 25 km von der Grenze entfernt liegt.

Dieser Dienst kann von allen Mitgliedern in Anspruch genommen werden.

Die Dauer des Aufenthalts zwecks Ruhepause liegt bei mindestens 1 und höchstens 15 Tagen je Kalenderjahr.

Der Aufenthalt zwecks Ruhepause ist kein Ersatz für einen Genesungsaufenthalt oder einen Urlaub für kranke Menschen.

Die Krankenkasse übernimmt 50 % des Tagespflegesatzes, den die Pflegeeinrichtung in Rechnung stellt. Diese Kostenübernahme ist auf 25 Euro pro Tag begrenzt.

ABSCHNITT 11: HÄUSLICHER PFLEGEDIENST

ARTIKEL 76: HÄUSLICHE HILFE

Die Krankenkasse richtet einen häuslichen Hilfs- und Pflegedienst ein, dessen Ziel darin besteht, den Mitgliedern sowie deren Mitversicherten eine wirksame häusliche Hilfe und Pflege zu gewährleisten.

Die Krankenkasse gewährt

- den Mitgliedern, die keinen Anspruch auf die erhöhte Kostenerstattung haben, eine Kostenübernahme von 0,40 Euro und den Mitgliedern, die Anspruch auf die erhöhte Kostenübernahme haben, eine Kostenübernahme von 0,80 Euro für jede von eine(r)(m) Familienhelfer(in) oder eine(r)(m) Krankenwärter(in) geleistete Arbeitsstunde;
- die Erstattung der Eigenbeteiligung an den Krankenpflegeleistungen, die von den Krankenpflegerinnen der ASBL Aide et soins à domicile (Häusliche Hilfe und Pflege) mit Sitz in 4800 Verviers, Rue de Dison 175, zugunsten der Mitglieder ab 18 Jahren erbracht werden.
- Die Mitglieder unter 18 Jahren erhalten die gleichen Leistungen über Solimut.

Die Erstattung erfolgt nach Abzug eventueller Erstattungsleistungen, die laut Gesetz, Dekret sowie deren Durchführungserlassen vorgesehen sind, insbesondere nach den Regeln der Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung, wie sie durch das koordinierte Gesetz vom 14. Juli 1994 und seinen Ausführungserlassen vorgesehen sind.

Die Erstattung darf niemals den tatsächlich vom Leistungsempfänger gezahlten Eigenanteil überschreiten.

Für die Fernüberwachung (Notrufsysteme) gewährt die Krankenkasse einen Zuschuss von 6 Euro monatlich und für jedes Mitglied, das der Permanence Soins à Domicile (PSD) angeschlossen ist. Den Mitgliedern, die ihren Wohnsitz in einer der neun deutschsprachigen Gemeinden unseres Bezirks haben, gewährt die Krankenkasse einen Zuschuss von 6 Euro monatlich, wenn sie sich der PSD oder einem der Notrufsysteme anschließen, die von der Deutschsprachigen Gemeinschaft als einzige über die ÖSHZ der Gemeinden ausgerichtet werden.

Nur die für 2014 und die Vorjahre bis zum Erlöschen der Ansprüche auf die Vorteile aufgrund der Verjährung für ein die Fernüberwachung in Rechnung gestellten Leistungen sind Gegenstand einer Kostenerstattung im Rahmen dieser Bestimmung.

ARTIKEL 77: AUFGEHOBEN

ABSCHNITT 12: KRANKENTRANSPORT

ARTIKEL 78: DRINGENDE KRANKENTRANSPORTE (AB 01.01.2013) DIE LEISTUNG ENDET AM 31.12.2017

Als dringend gilt ein Transport, der auf Anfrage des einheitlichen Notrufs „100“ zu dem Krankenhaus durchgeführt, das im Rahmen der notärztlichen Versorgung anzusteuern ist oder ein Transport von einem Krankenhaus zum anderen unter ärztlicher Begleitung. Im Falle eines Transports von einem Krankenhaus zu anderen muss eine ärztliche Bescheinigung vorgelegt werden, aus der ersichtlich ist, dass ein Arzt an Bord war.

Die Krankenkasse bietet ihren Mitgliedern den Anspruch auf die satzungsmäßigen Leistungen, die von der Gegenseitigkeitsgesellschaft SOLIMUT angeboten werden.

Die Krankenkasse zahlt ebenfalls einen ergänzenden Betrag in Höhe von 500 Euro bei einem Einsatz des Rettungshubschraubers, wobei der Erstattungsbetrag jedoch niemals höher ausfallen darf, als der tatsächlich vom Mitglied bezahlte Betrag.

Darüber hinaus hat die Krankenkasse mit der ASBL Centre de secours médicalisé de Bra-sur Lienne, mit Sitz in 4990 Bra-sur-Lienne, Rue Berlieux 69, eine Zusammenarbeitsvereinbarung geschlossen.

Im Rahmen dieser Vereinbarung zahlt das Mitglied der Christlichen Krankenkasse, das die Dienstleistungen des Centre de secours médicalisé von Bra-sur-Lienne in Anspruch nimmt, einen einheitlichen Pauschaltarif von 1550 Euro für alle Einsätze in der Provinz Lüttich, die über den einheitlichen Notruf 112 angefordert werden.

Nach Feststellung und Zahlung der Kostenbeteiligung der Pflichtkrankenversicherung, ergänzt die Krankenkasse diese Leistungen, um sicherzustellen, dass die Teilerstattung der Rechnung maximal 1100 Euro beträgt.

Die in diesem letzten Abschnitt genannte Bestimmung tritt am 1. Juli 2013 in Kraft und gilt für sämtliche Transporte, die vom Centre de secours médicalisé von Bra-sur-Lienne ab diesem Datum durchgeführt werden.

ARTIKEL 79: AUFGEHOBEN

ARTIKEL 80: NICHT DRINGENDE KRANKENTRANSPORTE

1) NICHTDRINGENDE TRANSPORTE MIT DEM KRANKENWAGEN (NEUE BESTIMMUNG GILT AB 1. JULI 2012)

Die Krankenkasse richtet einen Krankenwagen-Transportdienst ein, dessen Zweck darin besteht, den Versicherten und ihren Mitversicherten, einen wirksamen und möglichst kostengünstigen medizinisch-sanitären Transport zu gewährleisten.

Vorausgesetzt, der Transport mit dem Krankenwagen betrifft eine Fahrt des Mitglieds zwischen seinem Aufenthaltsort einerseits (Wohnsitz, Altenheim oder Alten- und Pflegeheim) und einem Krankenhaus, einer Poliklinik, einem Genesungsheim, einem Altenheim oder einem Alten- und Pflegeheim andererseits, oder der Transport mit dem Krankenwagen betrifft eine Fahrt zwischen Krankenhäusern, deren Kosten nicht im Tagespflegesatz für die stationäre Behandlung inbegriffen ist, gewährt die Krankenkasse ihren Mitgliedern eine Kostenbeteiligung von:

- 15 Euro für den Festbetrag, der die ersten 10 Kilometer in Rechnung gestellt wird;
- 1,25 Euro je Kilometer, der ab dem 11. Kilometer in Rechnung gestellt wird.

Es wird keine Erstattung für Sauerstoff und Wartekosten gewährt.

Die Krankenkasse hat eine Zusammenarbeit mit dem Roten Kreuz geschlossen, dessen Sitz sich in 1180 Uccle, Rue de la Stalle 96 befindet. Aufgrund dieser Vereinbarung kommen die Mitglieder der Krankenkasse in den Genuss von Sondertarifen bei einer Inanspruchnahme von nicht dringenden Krankentransporten mit dem Roten Kreuz; außerdem erfolgt eine unmittelbare Kostenabrechnung (das Mitglied braucht nur noch den Kostenanteil zu begleichen, der nach Abzug der Erstattung der Zusatzversicherung noch verbleibt). Vgl. Anhang VIII bis.

Sie hat gleichzeitig auch Zusammenarbeitsvereinbarungen mit anderen Leistungserbringern geschlossen, die im Anhang VIII bis genannt sind. Aufgrund dieser Vereinbarungen können im Falle einer Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer Vorzugstarife sowie das Drittzahlersystem gewährt werden.

Die Erstattung erfolgt nach Abzug eventueller Erstattungsleistungen, die laut Gesetz, Dekret sowie deren Durchführungserlassen vorgesehen sind, insbesondere nach den Regeln der

Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung, wie sie durch das koordinierte Gesetz vom 14. Juli 1994 und seinen Ausführungserlassen vorgesehen sind.

Die Erstattung darf niemals den tatsächlich vom Leistungsempfänger gezahlten Eigenanteil überschreiten.

2) NICHTDRINGENDE TRANSPORTS MIT EINEM LEICHTEN SANITÄTSFAHRZEUG (NEUE BESTIMMUNG GILT AB 1.7.2012)

Die Krankenkasse gewährt ihren Versicherten und deren Mitversicherten ebenfalls eine Kostenerstattung für den medizinisch-sanitären Transport, der mit Hilfe eines leichten Sanitätsfahrzeugs durchgeführt wird.

Vorausgesetzt, der Transport mit dem leichten Sanitätsfahrzeug betrifft eine Fahrt des Mitglieds zwischen seinem Aufenthaltsort einerseits (Wohnsitz, Altenheim oder Alten- und Pflegeheim) und einem Krankenhaus, einer Poliklinik, einem Genesungsheim, einem Altenheim oder einem Alten- und Pflegeheim andererseits, oder der Transport mit dem leichten Sanitätsfahrzeug betrifft eine Fahrt zwischen Krankenhäusern, deren Kosten nicht im Tagespflegesatz für die stationäre Behandlung inbegriffen ist, gewährt die Krankenkasse ihren Mitgliedern eine Kostenbeteiligung von:

- 10 Euro für den Festbetrag, der die ersten 10 Kilometer in Rechnung gestellt wird;
- 0,50 Euro je Kilometer, der ab dem 11. Kilometer in Rechnung gestellt wird.

Es wird keine Erstattung für Sauerstoff und Wartekosten gewährt.

Die Krankenkasse hat eine Zusammenarbeit mit dem Roten Kreuz geschlossen, dessen Sitz sich in 1180 Uccle, Rue de la Stalle 96 befindet. Aufgrund dieser Vereinbarung kommen die Mitglieder der Krankenkasse in den Genuss von Sondertarifen bei einer Inanspruchnahme von nicht dringenden Krankentransporten mit dem Roten Kreuz.

Die Erstattung erfolgt nach Abzug eventueller Erstattungsleistungen, die laut Gesetz, Dekret sowie deren Durchführungserlassen vorgesehen sind, insbesondere nach den Regeln der Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung, wie sie durch das koordinierte Gesetz vom 14. Juli 1994 und seinen Ausführungserlassen vorgesehen sind.

Die Erstattung darf niemals den tatsächlich vom Leistungsempfänger gezahlten Eigenanteil überschreiten. Vgl. Anhang VIII bis

3) NICHTDRINGENDE TRANSPORTS MIT DEM PRIVATFAHRZEUG

Und schließlich erstattet die Krankenkasse einen Teil der Kosten für Transporte, die mit dem Privatfahrzeug oder einer der folgenden Vereinigungen ohne Gewinnerzielungsabsicht erfolgen:

- ASD
- TEC 105
- ASBL Télé-Service
- SOS Dialyse
- Les Goélands
- Die Josephine-Koch-Stiftung
- Die verschiedenen Sektionen des Roten Kreuzes
- SOS Assistance
- La Fondation contre le Cancer, Brüssel
- ASBL SOS Médical Meuse, Grâce-Hollogne
- ASBL Médicassistance, Vielsalm
- Stundenblume, St. Vith
- Mobilis Assistance, Grivegnée

Damit der Anspruch auf die Erstattung gewährt werden kann, müssen die Transporte durchgeführt werden

- im Rahmen einer fachübergreifenden Rehabilitationsmaßnahme
- im Rahmen einer ambulanten Behandlung schwerer Krankheiten gemäß Anhang XI dieser Satzung;
- bei der Aufnahme in ein und der Entlassung aus dem Krankenhaus;
- für die Beratungen im Diagnosezentrum Verviers.

Für diese Transporte zahlt die Krankenkasse 0,10 Euro je km.

Die Kostenerstattung erfolgt nach Abzug einer jährlichen Franchise von 12,50 Euro und lediglich für Auszahlungsbeträge über 2,50 Euro jährlich, nach Abzug der Franchise
Die Kostenübernahme ist auf 125 Euro pro Jahr und pro Leistungsberechtigten nach Abzug der jährlichen Franchise begrenzt

Die mit dem Privatwagen zurückgelegten Strecken werden nach den Bestimmungen des Königlichen Erlasses vom 15.10.1969 berechnet, in welchem die Entfernungen zwischen den Ortschaften gesetzlich festgelegt wurden

Die Erstattung erfolgt nach Abzug eventueller Erstattungsleistungen, die laut Gesetz, Dekret sowie deren Durchführungserlassen vorgesehen sind, insbesondere nach den Regeln der Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung, wie sie durch das koordinierte Gesetz vom 14. Juli 1994 und seinen Ausführungserlassen vorgesehen sind.

Die Erstattung darf niemals den tatsächlich vom Leistungsempfänger gezahlten Eigenanteil überschreiten.

ABSCHNITT 13: KRANKENHILFSDIENST

ARTIKEL 81: ZUSCHUSS FÜR EINEN AUFENTHALT

Dieser Dienst gewährt Personen, die an einem Aufenthalt von mindestens fünf aufeinanderfolgenden Tage mit Übernachtung außer Haus teilnehmen, welcher von der VoG ALTEO ausgerichtet wird, deren Sitz sich in der Chaussée de Haecht in Brüssel befindet.

Die Kostenbeteiligung entspricht dem bezahlten Betrag, begrenzt auf einen Höchstbetrag von 50 Euro je Aufenthalt, Mitglied und Jahr.

ARTIKEL 82: SOZIALFONDS

Ziel:

Ziel des Sozialfonds ist es, den Leistungsempfängern, die außergewöhnlichen und hohen Kosten oder Einkommensverlust aufgrund ihres Gesundheitszustands, einer medizinischen Behandlung oder Gesundheitsleistungen ausgesetzt sind, einen Kostenzuschuss zu gewähren.

Voraussetzungen:

Für einen Kostenzuschuss kommen infrage:

- außergewöhnliche und hohe Kosten, bedingt durch den Gesundheitszustand, eine medizinische Behandlung der Gesundheitsleistungen,
 - die nicht für eine Kostenerstattung im Rahmen der Gesundheitspflegepflichtversicherung oder des Gesetzes über die maximale Gesundheitsrechnung im Rahmen der Gesundheitspflegepflichtversicherung infrage kommen;
 - abzüglich der Erstattungsleistungen, die von der Gesundheitspflegepflichtversicherung gewährt wurden oder zu gewähren sind, sowie anderer Entschädigungen aufgrund einer gesetzlichen Pflichtmitgliedschaft in einer Versicherung, einer Kasse, einem Fonds, einer Behörde oder einer Einrichtung;
 - welche in den 12 Monaten vor der Beantragung des Kostenzuschusses angefallen sind;
- der persönliche Krankenkassenbeitrag für höchstens ein Kalenderjahr.

Die Kosten für eine medizinische Behandlung oder Gesundheitsleistungen werden nur dann berücksichtigt, wenn die medizinische Notwendigkeit der Behandlung oder der Gesundheitsleistungen anhand einer Bescheinigung des behandelnden Facharztes belegt werden.

Im Falle einer Krankenhausbehandlung werden die Zuschläge, die aufgrund der Wahl eines Einzelzimmers anfallen, nicht für die Gewährung des Kostenzuschusses berücksichtigt.

Leistung:

Der in diesem Rahmen vorgesehene Kostenzuschuss:

- wird nur gewährt, wenn der Gesamtbetrag der Kosten sich auf mindestens **50 Euro** beläuft;.

- beläuft sich auf 75 Prozent der zu berücksichtigenden Kosten, die der Leistungsempfänger selbst zu tragen hat;
- ist auf maximal 2000 Euro je Akte begrenzt;
- ist auf maximal 2000 Euro je Kalenderjahr begrenzt.

Für Leistungsempfänger mit einem Sozialstatut im Sinne des Artikels 37, §§ 1, 2 und 19 des koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung vom 14. Juli 1994 darf der Gesamtbetrag des Kostenzuschusses (Summe der Kostenerstattung der Krankenkasse und anderer Kostenzuschüsse, die gegebenenfalls aufgrund anderer Rechtsvorschriften oder Regelwerke gewährt werden) nicht geringer ausfallen als der Betrag, der den übrigen Mitgliedern gewährt wird.

Unter „Akte“ im Sinne dieses Artikels ist zu verstehen: alle Kosten, die im Rahmen des gleichen Gesundheitszustands, der gleichen Behandlung oder der gleichen Gesundheitsleistungen entstehen. Sobald die Kosten sich auf einen neuen Gesundheitszustand, eine neue Behandlung oder neue Gesundheitsleistungen beziehen, wird eine neue Akte eröffnet.

Modalitäten:

Der Kostenzuschuss wird gewährt auf Vorlage:

- eines Antrags des Leistungsempfängers;
- der Rechnungen und Unkostenbelege zum Nachweis der außergewöhnlichen und hohen Kosten, die das Mitglied selbst zu tragen hat.

ARTIKEL 82 BIS: SOZIALDIENST (GILT AB DEM 01.01.2012)

Ziel

Ziel des Sozialdienstes ist es, Personen, die sich aufgrund einer Krankheit, einer Behinderung, ihrer schwachen sozialen und finanziellen Stellung, in einer Notlage befinden, sowie deren pflegenden Angehörigen Hilfe und Dienstleistungen anzubieten, um deren Eigenständigkeit zu verbessern, ihre gesellschaftliche Integration und Teilhabe zu fördern und ihnen den Zugang zu den sozialen Strukturen zu erleichtern.

Leistungsberechtigte

Der Sozialdienst ist allen zugänglich.

Leistung

Der Sozialdienst bietet eine soziale und psychosoziale Hilfe und verbreitet Informationen und Ratschläge entsprechend den geltenden, von der zuständigen Behörde erlassenen Vorschriften. Der Sozialdienst gewährt keine finanzielle Unterstützung.

Mittel

Für die Bereitstellung der Leistungen, die nicht zur Durchführung der Pflichtkrankenversicherung gehören, wird der Sozialdienst gänzlich über die von der zuständigen Behörde bereitgestellten Mittel finanziert. Die Mitglieder zahlen keine Beiträge zur Finanzierung dieser Dienstleistung.

Arbeitsweise

Sofern sie den Gesetzen vom 6. August 1990 und vom 26. April 2010 entsprechen, arbeitet der Dienst nach den Arbeitsprinzipien und den Leitlinien gemäß Titel IV des „Wallonischen Gesetzbuchs für Sozialmaßnahmen und Gesundheit“, eingeführt durch den „Erlass der wallonischen Regierung vom 1. Dezember 2011“, veröffentlicht im Belgischen Staatsblatt vom 21. Dezember 2011, fünfte Ausgabe, und durch Erlass der Exekutive der Französischen Gemeinschaft vom 14. September 1987 zur Festlegung der Zulassungs- und Subventionsregeln der Sozialdienstzentren.

ABSCHNITT 14: FÖRDERUNG DES KÖRPERLICHEN, PSYCHISCHEN UND SOZIALEN WOHLBEFINDENS DER MITGLIEDER

ARTIKEL 83 AUFGEHOBEN

ABSCHNITT 15: JUGEND UND GESUNDHEIT - OCARINA - FERIEEN

ARTIKEL 84: FERIENLAGERZUSCHUSS UND CAMPS

Im Rahmen dieser Leistung wird in folgenden Fällen eine Kostenbeteiligung gewährt:

1. Lager, Spielplatzbetreuungen und Camps:

Jugendliche im Alter von 3 Jahren bis 18 Jahre erhalten in folgenden Fällen eine Kostenbeteiligung von 50,00 Euro jährlich, die jedoch nicht über dem tatsächlich bezahlten persönlichen Kostenanteil liegen darf:

a) Ferienaufenthalte, die von einer Jugendbewegung organisiert werden, die von der Französischen Gemeinschaft anerkannt ist und eine Zulassung des O.N.E. hat oder von der Deutschsprachigen Gemeinschaft anerkannt ist und eine Zulassung des D.K.F. (Dienst für Kind und Familie) hat, mit Ausnahme der Ferienaufenthalte von Ocarina Eupen VoG /Jeunesse et Santé;

b) Spielplatzbetreuung mit einer Zulassung des O.N.E. oder D.K.F., die entweder von einer VoG oder den öffentlichen Behörden (Provinz, Stadt, Gemeinde, ...) oder von einer Grund- oder Sekundarschule organisiert wird;

c) Sportcamps, sei es in einem Sportzentrum der A.D.E.P.S., einem von der A.D.E.P.S. anerkannten Einrichtung und den ihr angeschlossenen Sportvereinen oder Sportclubs, d.h. einer Vereinigung, die einem Sportverband in Belgien angeschlossen ist;

d) ein Natur-, Kultur-, Sprachpraktikum, das von den öffentlichen Behörden oder einer vom O.N.E. oder D.K.F zugelassenen VoG organisiert wird.;

e) Aufenthalte, die von der VoG IMC, Genesungs- und Ferienhaus in 4900 Spa, Route du Tonnelet 76, für behinderte Kinder und ihre Familien organisiert werden. Unter einem behinderten Kind ist ein Kind zu verstehen, dem die Direktion der Verwaltung der Leistungen für Behinderte eine ständige Erwerbsminderung von mindestens 66 % zuspricht.

Um den Anspruch auf den Kostenzuschuss zu eröffnen, müssen die Ferienaufenthalte, Spielplatzbetreuungen und Camps mindestens drei Tage dauern, ohne Verpflichtung zur Übernachtung außer Haus, und das Mitglied muss eine Bescheinigung über die Teilnahme vorlegen, die von der ausrichtenden Organisation erstellt wird, und aus der die Kosten sowie der tatsächlich bezahlte Betrag hervorgehen.

Dieser Kostenzuschuss darf mit der Teilnahme eines Jugendlichen an einem von Ocarina Eupen VoG /Jeunesse et Santé ASBL organisierten Aufenthalt zusammentreffen, mit Ausnahme der Ausbildungen zum Jugendleiter, die von Jeunesse et Santé ASBL und von Ocarina Eupen VoG organisiert werden. Um einen Kostenzuschuss im Rahmen dieser Leistung zu erhalten, muss während der gesamten Dauer der jeweiligen Tätigkeit eine Mitgliedschaft bei der Krankenkasse bestehen und, es darf kein Zahlungsrückstand in der Zusatzversicherung der Krankenkasse bestehen, wie im Artikel 7ter dieser Satzung beschrieben.

Der von den Teilnehmern an einer von Jeunesse & Santé ASBL oder Ocarina Eupen VoG ausgerichteten Schulung, die Animatoren von Freizeitzentren werden möchten, gezahlte Preis wird nach Maßgabe der verfügbaren Mittel auf höchstens 75 Euro begrenzt. Um einen Kostenzuschuss im Rahmen dieser Leistung zu erhalten, muss während der gesamten Dauer der jeweiligen Tätigkeit eine Mitgliedschaft bei der Krankenkasse bestehen und es darf kein Zahlungsrückstand in der Zusatzversicherung der Krankenkasse bestehen, wie im Artikel 7ter dieser Satzung beschrieben.

Der Gegenstand der Schulung betrifft lediglich die folgenden von Jeunesse & Santé ASBL und Ocarina Eupen VoG ausgerichteten Schulungen:

für Jeunesse & Santé:

- Schulung für Animatoren von Ferienzentren, 1. Stufe (1. Jahr),
- Schulung für Animatoren von Ferienzentren, 2. Stufe (2. Jahr),
- Schulung für Animatoren von Ferienzentren, 3. Stufe (3. Jahr),
- Schulung für Koordinatoren von Ferienzentren, Zwischenstufe,

für Ocarina Eupen VoG

- Schulung für Animatoren von Ferienzentren Grundkurs,
- Schulung für Animatoren von Ferienzentren zweiter Zyklus,
- Wochenendschulung für Animatoren von Ferienzentren.

2. Klassenfahrten:

Es wird ebenfalls ein Kostenzuschuss für die Teilnahme an einem von der Schule ausgerichteten Aufenthalt außerhalb der Schule gewährt.

Dieser Kostenzuschuss liegt bei 30 Euro je Schuljahr und Kind für die Klassenfahrten (Naturaufenthalte, Seeklassen, Schneeklassen, ...), die mindestens eine Übernachtung umfassen, für Kindergarten-, Primar- und Sekundarschüler. Die Teilnahme des Schülers ist anhand einer Bescheinigung der Schule zu belegen.

Dieser Kostenzuschuss darf mit der Zahlung eines Kostenzuschusses für Tätigkeiten im Rahmen dieses Artikels und mit der Teilnahme eines Jugendlichen an einem von Ocarina Eupen VoG / Jeunesse et Santé organisierten Aufenthalt zusammentreffen. Um einen Kostenzuschuss im Rahmen dieser Leistung zu erhalten, muss während der gesamten Dauer der jeweiligen Tätigkeit eine Mitgliedschaft bei der Krankenkasse bestehen und, es darf kein Zahlungsrückstand in der Zusatzversicherung der Krankenkasse bestehen, wie im Artikel 7ter dieser Satzung beschrieben.

Um Mitglieder, die einen Erste-Hilfe-Kursus belegen möchten, zu ermutigen und zu unterstützen, beteiligt die Krankenkasse sich an den Kosten für die vom Belgischen Roten Kreuz angebotenen Kurse mit einem Betrag von 20 Euro jährlich, wobei die Kostenbeteiligung den vom Mitglied bezahlten Preis nicht überschreiten darf. Die Kostenbeteiligung wird auf Vorlage des Abschlusszeugnisses der Schulung und des Zahlungsbelegs gewährt.

ABSCHNITT 16: SPORT UND ERNÄHRUNGSBERATUNG

ARTIKEL 85

Zweck der Beteiligung an den Kosten für den Beitritt zu einem Sportclub ist die Förderung von gesunder und regelmäßiger körperlicher Bewegung durch die Teilerstattung des Abonnements bei einem Sportclub oder einer Sporteinrichtung. Diesen gleichzustellen sind alle Gemeinschaftsorganisationen, die Sporttreibenden die erforderliche Infrastruktur für ihre körperliche Betätigung bereitstellen, ihre Betreuung, Schulung und Sicherheit gewährleisten.

Zweck der Kostenübernahme für die Diätberatung und **für Konsultationen** bei einem Ernährungstherapeuten ist die Gesundheitsförderung durch eine Beratung über eine gesunde und abwechslungsreiche Ernährung.

Die Kostenerstattung für diese beiden Leistungen (Mitgliedschaft in einem Sportclub und Ernährungsberatung) liegt bei höchstens 40 Euro je Kalenderjahr und je Leistungsberechtigten.

Die Kostenerstattung darf den für das Abonnement oder die Ernährungsberatung gezahlten Preis nicht überschreiten.

Um eine Erstattung für die Mitgliedschaft in einem Sportclub in Anspruch nehmen zu dürfen, muss das Mitglied

- bei der Krankenkasse versichert sein und auch seine Zusatzversicherungsbeiträge ordnungsgemäß entrichtet haben, wie im Artikel 7ter dieser Satzung beschrieben;
- Mitglied eines Sportvereins sein, der seinen Sitz auf belgischem Staatsgebiet oder in einem der vier Nachbarstaaten Belgiens (Deutschland, Niederlande, Frankreich oder Luxemburg) hat;
- der Krankenkasse eine Mitgliedschaftsbestätigung des Sportclubs vorlegen oder ein Antragsformular der Krankenkasse ausfüllen. Aus der Bescheinigung müssen die Adressdaten des Mitglieds, des Vereins, die Laufzeit der Mitgliedschaft und die Kosten ersichtlich sein.

Um die Erstattung für die Diätberatung und Ernährungstherapie in Anspruch nehmen zu können, muss das Mitglied eine vom Leistungserbringer ausgestellte Honorarrechnung vorlegen oder ein Antragsformular der Krankenkasse ausfüllen.

Die Praxis des Leistungserbringers muss auf belgischem Staatsgebiet oder in einem der vier Nachbarstaaten Belgiens (Deutschland, Niederlande, Frankreich oder Luxemburg) liegen.

Ferner beteiligt die Krankenkasse sich an den Kosten für eine Betreuung in einer Facheinrichtung zur Behandlung von Übergewicht und Fettleibigkeit. Mitglieder, die einen Body-Mass-Index von oder über 30 zu Beginn der Behandlung ausweisen, erhalten eine pauschale Kostenbeteiligung von 100 Euro für eine Behandlung in einer der folgenden Einrichtungen:

- Clinique de l'obésité du Centre Hospitalier de Verviers East Belgium in Verviers, Rue du Parc 29;
- Centre interdisciplinaire de traitement de l'excès pondéral (CITEP) der Klinik St. Elisabeth in Heusy, Rue du Naimeux 17.
- Diätlinik der Klinik Sankt Josef in St. Vith, Klosterstraße 9;
- Obesitas des Sankt-Nikolaus-Krankenhauses, Hufengasse 4, 4700 Eupen
- CHR de la Citadelle de Liège, Boulevard du Douzième de Ligne 1
- CHU de Liège, Avenue de L'Hôpital 1
- N.-D. des Bruyères, Chênée, rue de Gaillarmont 600
- Clinique André Renard, rue A. Renard 1 à 4040 Herstal

Diese Kostenbeteiligung wird einmal jährlich auf Vorlage eines Antragsformulars der Krankenkasse gewährt, das von einer Gesundheitsfachkraft auszufüllen ist, die befugt ist, eine Behandlung des Patienten in einer der angegebenen Einrichtungen zu bescheinigen und die einen Teil der Behandlung durchführt gewährt.

ABSCHNITT 17: RECHTSBERATUNGSDIENST

ARTIKEL 86

Zweck dieses Dienstes ist die Ausrichtung einer Verteidigung der Rechte der Versicherten und ihrer Mitversicherten bei Fragen

- der Beziehungen zwischen Gesundheitsleistungsverbrauchern und Leistungserbringern;
- der Pflichtversicherung gegen Krankheit und Invalidität, insbesondere der Vereinbarungen und Abkommen mit den Leistungserbringern;
- der Entschädigung, zu denen Personen und Einrichtungen verpflichtet sind, in Fällen, die unter den Geltungsbereich des Artikels 136 des koordinierten Gesetzes vom 14. Juli über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung fallen können;

Konkret bietet der Dienst für Rechtsberatung und Verteidigung der Rechte der Versicherten den Mitgliedern:

- eine kostenlose Beratung durch die Fachleute der Krankenkasse bei den im vorigen Absatz beschriebenen Fragen;
- die kostenlose Einleitung der ersten Schritte (Schreiben, Gutachten) zwecks Erzielung einer gütlichen Einigung.

ABSCHNITT 18: BEZUSCHUSSUNG VON SOZIAL- UND GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN

ARTIKEL 87

Die Krankenkasse gewährt folgenden Sozial- und Gesundheitseinrichtungen eine Bezuschussung:

Die Subventionen oder Zuschüsse, welche die Krankenkasse den unter 1) bis 12) genannten Sozial- und Gesundheitseinrichtungen gewährt, dürfen nicht zur Finanzierung irgendwelcher Leistungen zugunsten ihrer Mitglieder eingesetzt werden.

1. ASBL „Enéo“, Unternehmensnummer 414.474.169, mit Sitz in 1031 Brüssel, Chaussée de Haecht 579;

Ziel:

Unterstützung der ASBL Enéo als soziale und gesundheitliche Einrichtung nach Artikel 1, 5 des KE vom 12. Mai 2011 zur Durchführung des Artikels 67, Absatz 6 des Gesetzes vom 26. April 2010.

Der in Artikel 3 der Satzung dieser ASBL beschriebene Zweck lautet wie folgt:

Geleitet von den christlichen Werten hat die Vereinigung als Ziel:

- die Teilnahme am und den Einsatz der Senioren im sozialen, kulturellen, wirtschaftlichen und politischen Leben zu fördern;
- Förderung der Verantwortungsübernahme älterer Menschen über Gemeinschaftsaktionen mit dem Ziel, diese an der Gestaltung einer gerechteren Welt zu beteiligen
- ein demokratisches und auf Mitbestimmung aufgebautes Vereinsnetz zu entwickeln, das als Träger der Solidarität erscheint und für eine bessere Lebensqualität sorgt;
- die Interessen ihrer Mitglieder zu vertreten und sie bei der Verteidigung ihrer Rechte im Geiste des Dialogs zwischen den Generationen zu begleiten;
- jede Form der Diskriminierung gegenüber älteren Menschen zu bekämpfen;
- alle Initiativen zu ergreifen und zu fördern, mit denen eine echte Förderung der Eigenständigkeit sowie des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens der Senioren beabsichtigt wird.

Das Handlungsfeld der Vereinigung ist in erster Linie die ständige Weiterbildung. Sie entfaltet ihre Tätigkeit hauptsächlich auf dem Gebiet der Französischen Gemeinschaft. Ihr Aktionsprogramm ist auf ihre Mitglieder, auf sozialschwache Senioren, ein breites Publikum, die politischen Entscheidungsträger sowie die Vereinswelt ausgerichtet.

Arbeitsweise

Damit die Vereinigung ASBL Enéo ihre Zielsetzung verwirklichen kann, erhält sie einen Zuschuss wie im Anhang IX der Satzung festgelegt.

Dieser Dienst bietet keinen Vorteil, der einen individuellen Rechtsanspruch auf einen Kostenzuschuss zur Absicherung eines ungewissen und künftigen Ereignisses eröffnet.

2. ASBL „Jeunesse et Santé“, Unternehmensnummer 411.971.074, mit Sitz in 1031 Brüssel, Chaussée de Haecht 579.

Ziel:

Unterstützung der ASBL Jeunesse et Santé als soziale und gesundheitliche Einrichtung nach Artikel 1, 5 des KE vom 12. Mai 2011 zur Durchführung des Artikels 67, Absatz 6 des Gesetzes vom 26. April 2010.

Der in Artikel 3 der Satzung dieser ASBL beschriebene Zweck lautet wie folgt:

Ziel der Vereinigung ist die Förderung der gesunden Entfaltung der Jugend durch soziale, kulturelle und sportliche Tätigkeiten im Sinne einer Dynamik der ständigen Weiterbildung, was die Teilnahme der Jugendlichen voraussetzt.

Arbeitsweise

Damit die Vereinigung ASBL Jeunesse et Santé ihre Zielsetzung verwirklichen kann, erhält sie einen Zuschuss wie im Anhang IX der Satzung festgelegt.

Dieser Dienst bietet keinen Vorteil, der einen individuellen Rechtsanspruch auf einen Kostenzuschuss zur Absicherung eines ungewissen und künftigen Ereignisses eröffnet.

3. ASBL „Altéo“, Unternehmensnummer 410.383.442, mit Sitz in 1031 Brüssel, Chaussée de Haecht 579.

Ziel:

Unterstützung der ASBL Altéo als soziale und gesundheitliche Einrichtung nach Artikel 1, 5 des KE vom 12. Mai 2011 zur Durchführung des Artikels 67, Absatz 6 des Gesetzes vom 26. April 2010.

Der in Artikel 3 der Satzung dieser ASBL beschriebene Zweck lautet wie folgt:

Zweck der Vereinigung ist es, sämtliche Initiativen zu ergreifen, zu fördern und zu unterstützen, mit dem Ziel, die Eigenständigkeit und die Teilhabe aller Menschen zu fördern, die unter erheblichen körperlichen, geistigen oder gesundheitlichen Einschränkungen im weitesten Sinne und insbesondere hinsichtlich ihrer Eingliederung in den sozialen und wirtschaftlichen Kreislauf zu leiden haben, sowie ihre Vertretung zu gewährleisten, um ihre Interessen zu verteidigen.

Ein weiteres Ziel der Vereinigung ist es, im Geiste der Solidarität jede Form der Diskriminierung gegenüber behinderten, invaliden oder kranken Menschen zu bekämpfen, und zwar entsprechend der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte.

Arbeitsweise

Damit die Vereinigung ASBL Altéo ihre Zielsetzung verwirklichen kann, erhält sie einen Zuschuss wie im Anhang IX der Satzung festgelegt.

Dieser Dienst bietet keinen Vorteil, der einen individuellen Rechtsanspruch auf einen Kostenzuschuss zur Absicherung eines ungewissen und künftigen Ereignisses eröffnet.

4. VoG ALTEO, Sozialbewegung für Menschen mit und ohne Beeinträchtigung Unternehmensnummer 422.463.803, mit Sitz in 4700 Eupen, Klosterstraße 74;

Ziel:

Unterstützung der VoG Alteo als soziale und gesundheitliche Einrichtung nach Artikel 1, 5 des KE vom 12. Mai 2011 zur Durchführung des Artikels 67, Absatz 6 des Gesetzes vom 26. April 2010.

Der in Artikel 3 der Satzung dieser VoE beschriebene Zweck lautet wie folgt:

Zweck der Vereinigung ist es, hauptsächlich auf der Ebene der Deutschsprachigen Gemeinschaft und im Auftrag der Christlichen Krankenkasse Verviers-Eupen sämtliche Initiativen zu ergreifen, zu fördern und zu unterstützen, mit dem Ziel, das gesellschaftliche Leben aller Menschen mit und ohne Beeinträchtigung im weitesten Sinne mitzugestalten, ihre Eingliederung in das normale gesellschaftliche und wirtschaftliche Leben zu fördern und stellvertretend ihre Interessen wahrzunehmen.

Die Vereinigung setzt sich außerdem zum Ziel, im solidarischen Sinne gegen jede Form von Diskriminierung gegenüber behinderten, invaliden oder kranken Menschen zu kämpfen, und dies entsprechend der UN-Konvention zum Schutz der Rechte und Würde von Menschen mit Behinderung sowie der universellen Menschenrechtserklärung.

Arbeitsweise

Damit die Vereinigung VoG Alteo ihre Zielsetzung verwirklichen kann, erhält sie einen Zuschuss wie im Anhang IX der Satzung festgelegt.

Dieser Dienst bietet keinen Vorteil, der einen individuellen Rechtsanspruch auf einen Kostenzuschuss zur Absicherung eines ungewissen und künftigen Ereignisses eröffnet.

5. Ocarina Eupen VoG, Unternehmensnummer 449.509.480, mit Sitz in 4700 Eupen, Klosterstraße 74;

Ziel:

Unterstützung der Ocarina Eupen VoG als soziale und gesundheitliche Einrichtung nach Artikel 1, 5 des KE vom 12. Mai 2011 zur Durchführung des Artikels 67, Absatz 6 des Gesetzes vom 26. April 2010.

Der in Artikel 3 der Satzung dieser VoG beschriebene Zweck lautet wie folgt:

§1 Die Vereinigung hat als Ziel, in Zusammenarbeit mit der Christlichen Krankenkasse Verviers-Eupen

- eine Ferienpolitik für Kinder und Jugendliche durch die Betreuung und Organisation von Ferienaufhalten und Spielanimation zu betreiben;

- eine Fortbildungspolitik mit Blick auf das körperliche, geistige und soziale Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen zu betreiben durch Organisation von Bewusstseinskampagne, durch Bereitstellung entsprechender Hilfsmittel und durch Zusammenarbeit mit anderen Organisationen und Zentren;
- eine aktive Freizeitbeschäftigung und Betreuung, insbesondere für sozialschwache Kinder und Jugendliche anzubieten;
- auf Jugendliche und Kinder abgestimmte Dienstleistungen anzubieten.

Arbeitsweise

Damit die Vereinigung Ocarina Eupen VoG ihre Zielsetzung verwirklichen kann, erhält sie einen Zuschuss wie im Anhang IX der Satzung festgelegt.

Dieser Dienst bietet keinen Vorteil, der einen individuellen Rechtsanspruch auf einen Kostenzuschuss zur Absicherung eines ungewissen und künftigen Ereignisses eröffnet.

6. VoG Die Eiche, Christliche Vereinigung der Pensioniertenbünde, Unternehmensnummer 449.175.623, mit Sitz in 4700 Eupen Klosterstraße 74.

Ziel:

Unterstützung der VoG Die Eiche als soziale und gesundheitliche Einrichtung nach Artikel 1, 5 des KE vom 12. Mai 2011 zur Durchführung des Artikels 67, Absatz 6 des Gesetzes vom 26. April 2010.

Der in Artikel 3 der Satzung dieser VoG beschriebene Zweck lautet wie folgt:

Die Vereinigung hat als Ziel:

- die Interessen der Frühpensionierten und Pensionierten sowie der Senioren im allgemeinen, besonders aber die seiner Mitglieder zu vertreten;
- alle Initiativen zu ergreifen und zu fördern, die das Pensionsalter aus christlicher Sicht in irgendeiner Form aufwerten;
- unter den Mitgliedern einen Geist der Solidarität auf moralischem und finanziellem Gebiet zu wecken,
- die Tätigkeiten der einzelnen Sektionen zu koordinieren;
- die Öffentlichkeit auf die Probleme von Senioren hinzuweisen und auf diesen Lebensabschnitt vorzubereiten;
- die ständige Weiterbildung auch im hohen Alter zu gewährleisten;
- lokale, regionale, nationale und internationale Kontakte und Projekte aufzubauen;
- die Zielsetzungen der Christlichen Krankenkasse im Bereich der Betreuung der Senioren zu fördern und zu konkretisieren.

Arbeitsweise

Damit die Vereinigung VoG Die Eiche ihre Zielsetzung verwirklichen kann, erhält sie einen Zuschuss wie im Anhang IX der Satzung festgelegt.

Dieser Dienst bietet keinen Vorteil, der einen individuellen Rechtsanspruch auf einen Kostenzuschuss zur Absicherung eines ungewissen und künftigen Ereignisses eröffnet.

7. ASBL Solival, Unternehmensnummer 460.213.530, mit Sitz in 1031 Brüssel, Chaussée de Haecht 579

Ziel:

Unterstützung der ASBL Solival als soziale und gesundheitliche Einrichtung nach Artikel 1, 5 des KE vom 12. Mai 2011 zur Durchführung des Artikels 67, Absatz 6 des Gesetzes vom 26. April 2010.

Der in Artikel 3 der Satzung dieser ASBL beschriebene Zweck lautet wie folgt:

Die Vereinigung ist ein Dienst, der sich an alle Menschen mit einer körperlichen, geistigen oder sensorischen Behinderung sowie an gleich welchen anderen Hilfs- oder Begleitdienst für diese Menschen richtet.

Zweck der Vereinigung ist es, behinderten Menschen zu helfen, ihre Eigenständigkeit zu wahren, zu erwerben oder zu wiederzuerlangen, indem ihnen die erforderlichen Informationen, die Hilfe

und die Unterstützung gegeben wird, um ihre gesamten Bedürfnisse in allen Tätigkeiten und Handlungen des täglichen Lebens zu erfüllen.

Die Vereinigung bietet sich an, den Behinderten, Kranken und Invaliden die Nutzung sämtlicher Geräte und technischer Hilfsmittel indirekt oder direkt zu erleichtern und diese Nutzung zu fördern.

Sie betreibt Forschung, sammelt und verbreitet Informationen, die zur Integration aller Behinderten und zur Bewusstseinsbildung bei Personen mit und ohne Beeinträchtigung beitragen können.

Arbeitsweise

Damit die Vereinigung ASBL Solival ihre Zielsetzung verwirklichen kann, erhält sie einen Zuschuss wie im Anhang IX der Satzung festgelegt.

Dieser Dienst bietet keinen Vorteil, der einen individuellen Rechtsanspruch auf einen Kostenzuschuss zur Absicherung eines ungewissen und künftigen Ereignisses eröffnet.

8. VoG Häusliche Hilfe und Pflege, Unternehmensnummer 832.269.403, mit Sitz in 4700 EUPEN, Aachener Straße 11-13

Ziel:

Unterstützung der VoG Häusliche Hilfe und Pflege als soziale und gesundheitliche Einrichtung nach Artikel 1, 5 des KE vom 12. Mai 2011 zur Durchführung des Artikels 67, Absatz 6 des Gesetzes vom 26. April 2010.

Der in Artikel 3 der Satzung dieser VoG beschriebene Zweck lautet wie folgt:

Der Zweck der Vereinigung besteht in der Förderung und Systematisierung der koordinierten Antwort auf die unterschiedlichen Bedürfnisse. Die Vereinigung wird demnach zum Motor eines gemeinsamen Prozesses zur Analyse der Lage und zur Beschlussfassung und erlaubt auf diese Weise den in diesem Bereich berufsmäßig tätigen Fachleuten, ihre Kenntnisse, ihr Fachwissen und ihre Kompetenzen zu vereinen und zu teilen, um sie in den Dienst der Leistungsempfänger zu stellen, um gemeinsam ein häusliches Begleitungs-, Hilfs- und Pflegekonzept zu planen und umzusetzen.

Arbeitsweise

Damit die Vereinigung VoG Häusliche Hilfe und Pflege ihre Zielsetzung verwirklichen kann, erhält sie einen Zuschuss wie im Anhang IX der Satzung festgelegt.

Dieser Dienst bietet keinen Vorteil, der einen individuellen Rechtsanspruch auf einen Kostenzuschuss zur Absicherung eines ungewissen und künftigen Ereignisses eröffnet.

9. ASBL Aide et soins à domicile de l'arrondissement de Verviers, Unternehmensnummer 449.513.143, mit Sitz in 4800 Verviers, Rue de la Banque 2.

Ziel:

Unterstützung der ASBL Aide et soins à domicile als soziale und gesundheitliche Einrichtung nach Artikel 1, 5 des KE vom 12. Mai 2011 zur Durchführung des Artikels 67, Absatz 6 des Gesetzes vom 26. April 2010.

Der in Artikel 3 der Satzung dieser ASBL beschriebene Zweck lautet wie folgt: :

Zweck der Vereinigung ist die häusliche Versorgung, um den Verbleib und die Rückkehr nach Hause, die Begleitung und die Hilfe im Alltagsleben bei alleinstehenden, älteren, behinderten und kranken Menschen sowie bei bedürftigen Familien im Einvernehmen mit dem familiären und wohnortnahen Umfeld zu begünstigen und den Hilfeempfänger zu ermutigen, in möglichst weitgehendem Maße eigenständig zu bleiben.

Arbeitsweise

Damit die Vereinigung ASBL Aide et soins à domicile ihre Zielsetzung verwirklichen kann, erhält sie einen Zuschuss wie im Anhang IX der Satzung festgelegt.

Dieser Dienst bietet keinen Vorteil, der einen individuellen Rechtsanspruch auf einen Kostenzuschuss zur Absicherung eines ungewissen und künftigen Ereignisses eröffnet.

10° VoG Qualias Verviers-Eupen, Unternehmensnummer ZDU 0542.971.950, mit Sitz in 4800 Verviers, Rue Lucien Defays 79.

Ziel:

Zweck der Vereinigung ist der Verbleib der Menschen zu Hause, die Entwicklung von wohnortnahen und gemeinnützigen Dienstleistungen sowie die Förderung der generationenübergreifenden Beziehungen, die Unterstützung und die Entwicklung der Christlichen Krankenkasse der Gerichtsbezirke Verviers und Eupen (abgekürzt Christliche Krankenkasse Verviers-Eupen).

Zu diesem Zweck gelten insbesondere folgende Schwerpunkte:

- Entwicklung von Sozial- und Gesundheitsinitiativen, die der häuslichen Gesundheitsversorgung und der häuslichen Betreuung unter erschweringlichen finanziellen Bedingungen zuträglich sind;
- mit derselben Zielsetzung, Entwicklung eines Transportdienstes für Personen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, insbesondere für behinderte Menschen;
- Förderung der gesellschaftlichen und beruflichen Eingliederung im Rahmen von menschenwürdigen und hochwertigen Beschäftigungsverhältnissen, sowie die Ausbildung von Menschen, die mit Eingliederungsschwierigkeiten zu kämpfen haben;
- Bereitstellung von finanziell erschweringlichen Seh- und Hörhilfen für die Bevölkerung, die einem möglichst großen Personenkreis zugänglich sind.

Die konkrete Umsetzung dieser Ziele erfolgt insbesondere durch den Verleih, den Kauf oder Verkauf von Hilfsmitteln, die ganz besonders die Pflege von chronisch kranken Menschen, Menschen mit Behinderung und Patienten ausgerichtet sind auf, die sich daheim oder in einer Einrichtung pflegen lassen, das heißt also durch Tätigkeiten in den nun folgenden, lediglich als Beispiel und nicht einschränkend genannten Bereichen:

- Ausrüstung für medizinische Hilfsberufe,
- Bandagisten-Material,
- orthopädische Hilfsmittel,
- Prothesen,
- Hilfen, die den Verbleib zu Hause fördern,
- Hilfen, die die Genesung fördern,
- Material und Einwegartikel, die die Maßnahmen der Körperhygiene erleichtern,
- ...

Um die hier beschriebenen Aufgaben wahrzunehmen, darf die Vereinigung gleich welche Initiative ergreifen, die sich direkt oder indirekt auf ihren Zweck bezieht, darunter geschäftliche Handlungen, insofern diese einer der beschriebenen Aufgaben entsprechen und der hieraus erwachsende Nutzen der Umsetzung dieses Auftrags zugeführt wird.

Zu diesem Zweck ergreift die Vereinigung Maßnahmen aller Art, die der Umsetzung ihrer Ziele dienen und geht zweckmäßige Partnerschaften gleich welcher Art ein. Insbesondere kann sie Initiativen aller Art fördern und unterstützen, soziale und gesundheitliche Einrichtungen oder Dienste erwerben, gründen, verwalten und ausrüsten, deren Ziel es ist, die Gesundheit und das gesellschaftliche Wohl zu bewahren, zu sichern, zugänglich zu machen oder zu fördern. Sie kann sich an Einrichtungen oder Diensten beteiligen, die ein ähnliches Ziel verfolgen. Sie darf bewegliche und unbewegliche Güter aller Art besitzen, die zur Umsetzung ihrer Ziele erforderlich sind.

Ein weiteres Ziel ist es, gleich welche belgische oder ausländische natürliche Person oder Rechtsperson bei der Umsetzung ihrer Zielsetzungen zu unterstützen, die den in Artikel 2, § 1 des Krankenkassengesetzes vom 6. August 1990 beschriebenen Zielsetzungen der Christlichen Krankenkasse Verviers-Eupen entsprechen.

Arbeitsweise

Damit die Vereinigung ihre Zielsetzung verwirklichen kann, wird sie wie im Anhang IX der Satzung festgelegt subventioniert.

Dieser Dienst bietet keinen Vorteil, der einen individuellen Rechtsanspruch auf einen Kostenzuschuss zur Absicherung eines ungewissen und künftigen Ereignisses eröffnet.

11. L'ASBL „Altéo sport“, Unternehmensnummer BCE 418.089.202

Der im Artikel 2 ihrer Satzung aufgeführte Zweck lautet wie folgt:

„Altéo sport ASBL ist ein Verband von Sportvereinen für kranke, nichtbehinderte und behinderte Personen, der im Rahmen seiner Zuständigkeiten folgende Ziele verfolgt:

- Begünstigung der Förderung von Sport und körperlicher Betätigung im Allgemeinen für Kranke, Invaliden und Behinderte, sowohl im Bereich des Breitensports als auch des Leistungssports;
- den angeschlossenen Vereinen, Clubs, Gruppen, Gemeinschaften oder Vereinigungen möglichst zu helfen durch Beantragung und/oder Entgegennahme moralischer oder materieller Unterstützung durch private oder öffentliche Initiativen;
- Ermutigung zur Teilnahme an und Durchführung von Wettbewerben als Einzelpersonen, als Mannschaft zwischen den anderen Clubs, von sportlichen Begegnungen auf provinzieller, regionaler, föderaler oder internationaler Ebene;
- gegebenenfalls Mitwirkung an einer Tätigkeit eines internationalen Verbandes;
- Förderung der Integration und Wertschätzung kranker oder behinderter Menschen durch die Ausübung eines Sports oder durch körperliche Betätigung.“

Arbeitsweise

Damit die Vereinigung ihre Zielsetzung verwirklichen kann, wird sie wie im Anhang IX der Satzung festgelegt subventioniert.

Dieser Dienst bietet keinen Vorteil, der einen individuellen Rechtsanspruch auf einen Kostenzuschuss zur Absicherung eines ungewissen und künftigen Ereignisses eröffnet.

12. L'ASBL „Énéo sport“, Unternehmensnummer BCE481.415.834

Der im Artikel 3 ihrer Satzung aufgeführte Zweck lautet wie folgt:

„Zweck der Vereinigung ist:

- die Förderung und Durchführung unter besten Sicherheitsbedingungen einer sportlichen Aktivität für Betagte, insbesondere für die Mitglieder der ASBL Énéo, Sozialbewegung der Senioren, um durch ihre Tätigkeiten zur Entfaltung und zum körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefinden der Mitglieder ihrer Vereine beizutragen;
- Schulung von Sportleitern und -betreuern für das Fachgebiet der sportlichen Betätigung von Senioren;
- den Senioren Zugang zu sportlichen Tätigkeiten zu sichern, die ihren Möglichkeiten angepasst sind;
- Koordinierung der Tätigkeiten der Vereine und Clubs.“

Arbeitsweise

Damit die Vereinigung ihre Zielsetzung verwirklichen kann, wird sie wie im Anhang IX der Satzung festgelegt subventioniert.

Dieser Dienst bietet keinen Vorteil, der einen individuellen Rechtsanspruch auf einen Kostenzuschuss zur Absicherung eines ungewissen und künftigen Ereignisses eröffnet.

ABSCHNITT 18 BIS: INTERNATIONALE SOLIDARITÄT

ARTIKEL 87 BIS

Die Krankenkasse unterstützt und begleitet soziale Initiativen im Rahmen der internationalen Solidarität, um das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden weltweit zu fördern.

Zur Verwirklichung dieses Zieles werden folgende Maßnahmen ergriffen:

- Ausrichtung von Schulungen und Workshops in Belgien und im Ausland bezüglich der Art und Weise, wie das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden weltweit verbreitet werden kann;
- Angebot eines Beistands und einer Unterstützung zur Schaffung von gegenseitigen Hilfsstrukturen im Senegal in der Region Thiès;
- Bewusstseinsbildung bei der belgischen Bevölkerung und der Politik zu den Herausforderungen der internationalen Solidarität;
- ferner entwickelt dieser Dienst im Hinblick auf die Vereinfachung der Verwaltung für die Mitglieder Kooperationen mit Personen des öffentlichen oder privaten Rechts in Deutschland, den Niederlanden und Luxemburg.

Zur Verwirklichung dieses Zieles ist eine Finanzierung vorgesehen, wie sie im Anhang X dieser Satzung beschrieben wird.

Dieser Dienst bietet keinen Vorteil, der einen individuellen Rechtsanspruch auf einen Kostenzuschuss zur Absicherung eines ungewissen und künftigen Ereignisses eröffnet. Die Mitglieder der Krankenkasse genießen als solche keine besonderen Vorteile gegenüber anderen Personen, die sich an die Körperschaft richten, welche Träger der finanzierten kollektiven Aktionen sind.

ABSCHNITT 18 TER: MEDIZINISCH-SOZIALE EINRICHTUNGEN

ARTIKEL 87 TER

Ziel der Krankenkasse ist die Koordinierung, die Entwicklung und die Unterstützung aller Initiativen, die aus ihrem medizinisch-sozialen Netz entstanden sind.

Sie kann eine materielle und moralische Unterstützung, um die Verwirklichung dieser sozialen Zielsetzung zu erleichtern.

Bei diesem Dienst geht es um die Bezuschussung der sozialen und sanitären Einrichtungen.

Dieser Dienst bietet keinen Vorteil, der einen individuellen Rechtsanspruch auf einen Kostenzuschuss zur Absicherung eines ungewissen und künftigen Ereignisses eröffnet. Die Subventionierung dieser sozialen und sanitären Einrichtungen werden ausführlich im Artikel 87 dieser Satzung dargelegt.

ARTIKEL 87 QUATER

Es wird ein Posten für Kommunikation und Gesundheitsförderung eingerichtet, mit dem Ziel, die Menschen in die Lage zu setzen, sich selbst um die Verbesserung ihrer Gesundheit zu kümmern, Krankheiten vorzubeugen und die Gesundheitsleistungen effizienter zu nutzen.

Zur Umsetzung dieses Zieles werden folgende Mittel eingesetzt:

- Erstellen und Verbreiten schriftlicher Informationen;
- Ausrichtung von Tagungen und Vorträgen.

Bei diesem Dienst geht es um Information der Mitglieder im Sinne des Artikels 1, 1 des Königlichen Erlasses vom 12. Mai 2011.

ABSCHNITT 19: VERWALTUNG

ARTIKEL 88

Die Kostenstelle Verwaltung übernimmt:

1. unter dem Code 98/1: die nach objektiven Schlüsseln durchgeführte Verteilung der gesamten gemeinsamen Betriebskosten die, gemäß den Artikeln 74 und 75 des KE vom 21. Oktober 2002 zur Durchführung des Artikel 29, §§1 und 5 des Gesetzes vom 6. August 1990, weder der Pflichtkrankenversicherung noch einem Posten bzw. einem bestimmten operativen Geschäft der Krankenkasse direkt zuweisbar sind;

2. unter dem Kode 98/2: die Verwaltung
- der Buchungsrücklage der Verwaltungskosten der Pflichtkrankenversicherung, die sich aus der Durchführung des koordinierten Gesetzes vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung ergibt;
 - des Beitragssatzes zur Deckung eines eventuellen Fehlbetrags bei den Verwaltungskosten der Pflichtkrankenversicherung gemäß Artikel 1, Absatz 4 des KE vom 12. Mai 2011 zur Durchführung des Artikels 67, Absatz 6 des Gesetzes vom 26. April 2010.
Lediglich der unter Ziffer 2 (Kode 98/2) genannte Aspekt der Kostenstelle Verwaltung darf Gegenstand einer Beitragserhebung gegenüber den Mitgliedern sein.

Die Erträge und Ausgaben, die von der Aufsichtsbehörde festgelegt werden, sind auch der Kostenstelle Verwaltung (Kode 98/2) zuzuweisen.

ARTIKEL 88 BIS

Die Krankenkasse hat eine Zusammenarbeitsvereinbarung mit der ASBL „Fonds Fédéral de Solidarité“ geschlossen, um die für die Umsetzung der in Artikel 2 dieser Satzung genannten Zielsetzungen erforderlichen beweglichen und unbeweglichen Güter bereitzustellen.

Dieser Dienst bietet keinen Vorteil, der einen individuellen Rechtsanspruch auf einen Kostenzuschuss zur Absicherung eines ungewissen und künftigen Ereignisses eröffnet.

Ein Betrag, dessen Überweisung an die obengenannte Vereinigung vorgesehen ist, damit diese ihre oben beschriebenen Aufgaben erfüllen kann, ist jedes Jahr von der Generalversammlung der Krankenkasse zu verabschieden. Es ist keinerlei individuelle finanzielle Leistung für die Mitglieder vorgesehen.

Für 2013 liegt der von der Generalversammlung genehmigte Höchstbetrag der Finanzierung bei 0,00 Euro.

Für 2014 liegt der von der Generalversammlung genehmigte Höchstbetrag der Finanzierung bei 124,83 Euro. Der tatsächlich gewährte Betrag liegt bei 124,83 Euro (Beitragssaldo aus Zeiträumen vor 2013). Der von der Generalversammlung verabschiedete Höchstbetrag liegt für 2015 bei 300 000 Euro.

KAPITEL VI : HAUSHALT UND BUCHFÜHRUNG

ARTIKEL 89

Die Buchführung wird nach den Bestimmungen des Gesetzes vom 6. August 1990, insbesondere des Artikels 29 dieses Gesetzes, geregelt; so ist das Vermögen ausschließlich nach den Bestimmungen des vierten Paragraphen dieses Artikels anzulegen.

Die Einnahmen für jede angebotene Leistung bestehen aus:

- den im Artikel 48 aufgeführten Beiträgen;
- den Zuschüssen der öffentlichen Hand;
- den Schenkungen und Stiftungen sowie verschiedenen Einnahmen und Erträgen, die den einzelnen Diensten jeweils zugesprochen werden;
- den Zinsen sowie den Erträgen aus Werturkunden für jeden dieser Dienste.

Jeder Dienst muss einen Teil der Verwaltungskosten, der Verluste auf Werturkunden und der Ausgaben tragen, die sich aus der Anwendung dieser Satzungen ergeben.

Das Vermögen der Krankenkasse darf zu keinem anderen Zweck verwendet werden, als dem, welcher ausdrücklich in diesen Satzungen aufgeführt wird.

KAPITEL VII : ZUSAMMENARBEIT

ARTIKEL 90

Zur Verwirklichung der in Artikel 3 beschriebenen Ziele darf die Krankenkasse mit Rechtspersonen des öffentlichen Rechts oder des Privatrechts, die im Gesundheitswesen tätig sind, zusammenarbeiten.

Mit Blick auf ihre geographische Lage, beabsichtigt sie die Ausweitung der Zusammenarbeit mit Rechtspersonen des öffentlichen oder privaten Rechts in Deutschland, den Niederlanden und Luxemburg.

Zu diesem Zweck wird ein schriftlicher Vertrag über die Zusammenarbeit abgeschlossen, in dem das Ziel und die Modalitäten der Zusammenarbeit festgelegt werden, sowie die Rechte und Pflichten, die sich für die in Artikel 10 bezeichneten Mitglieder ergeben

Der Vertrag über die Zusammenarbeit und seine Abänderungen werden durch die Generalversammlung gutgeheißen oder aufgehoben und der Aufsichtsbehörde der Krankenkassen vorgelegt.

Der Verwaltungsrat legt der Generalversammlung jedes Jahr einen Bericht über die Ausführung der abgeschlossenen Verträge vor, sowie über die Art und Weise, wie die zu diesem Zweck von der Krankenkasse zur Verfügung gestellten Mittel eingesetzt wurden.

Artikel 43 des Gesetzes vom 6. August 1990

KAPITEL VIII : AUFLÖSUNG DER KRANKENKASSE, EINZELNER LEISTUNGEN

ARTIKEL 91: ZUSTÄNDIGKEIT DER GENERALVERSAMMLUNG

Die Krankenkasse kann durch Beschluss der Generalversammlung, die eigens zu diesem Zweck einberufen wird, aufgelöst werden.

Artikel 15 des Gesetzes vom 6. August 1990

Über die Auflösung kann nur beschlossen werden, wenn mindestens die Hälfte der Mitglieder anwesend oder vertreten ist, und wenn die Entscheidung mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der abgegebenen Stimmen getroffen wird.

In diesem Fall werden die Bestimmungen des Artikels 12, §1, Absatz 3 des Gesetzes vom 6. August 1990 angewandt.

In der Einladung sind zu vermerken:

- die Gründe der Auflösung;
- die finanzielle Lage der Krankenkasse nach aktuellstem Stand, dessen Datum nicht mehr als drei Monate zurückliegen darf;
- der Bericht des Wirtschaftsprüfers zu dieser Lage. Aus diesem Bericht muss insbesondere hervorgehen, dass die finanzielle Lage, so wie sie vorgebracht wird, vollständig und wirklichkeitsgetreu dargestellt wird;
- die Bedingungen der Liquidation
- den Vorschlag/die Vorschläge zur Verwendung eventuell noch verbleibender Vermögenswerte.

Artikel 45 und 46 des Gesetzes vom 6. August 1990

ARTIKEL 92: VERTEILUNG DER RÜCKLAGEN

§ 1 - Im Falle einer Einstellung eines oder mehrerer in Artikel 2 b dieser Satzung beschriebenen Dienstleistungs- und operativen Angebot(s)(e) werden die verbleibenden Guthaben in erster Linie zur Zahlung der Leistungen zu Gunsten der Mitglieder verwendet. Die Beschlüsse der Generalversammlung über die Einstellung von Dienstleistungs- und operativen Angeboten und die Verwendung der verbleibenden Guthaben unterliegen dem Gesetz vom 6. August 1990, Artikel 10, 11 und 12, § 1, Absatz 3.

§ 2 - Im Falle einer Auflösung der Krankenkasse werden die verbleibenden Guthaben der unter Artikel 2 b dieser Satzung beschriebenen Dienstleistungen in erster Linie zur Zahlung der Leistungen zu Gunsten der Mitglieder verwendet.

Die Entschädigung der im Absatz 1 bezeichneten Mitglieder kann auf einer versicherungsmathematischen Grundlage erfolgen.

Wenn sich nach Begleichung aller Schulden und Hinterlegung der Beträge, die bestimmten Gläubigern zustehen, noch Restguthaben ergeben, beschließt die Generalversammlung über die Verwendung dieser Restguthaben für einen Zweck, der den satzungsmäßigen Zielen entspricht.

Artikel 48 des Gesetzes vom 6. August 1990

KAPITEL IX : SATZUNGSÄNDERUNGEN

ARTIKEL 93: ANTRAGSRECHT

Die Satzungen können sowohl auf Antrag des Verwaltungsrates als auch auf Antrag der Mitglieder der Generalversammlung abgeändert werden. Diese unterbreiten ihre Vorschläge dem Verwaltungsrat, der nach entsprechender Prüfung auf der folgenden Generalversammlung Bericht erstattet, indem er dieser die vorgeschlagenen Satzungsänderungen vorlegt.

Die Generalversammlung darf Satzungsänderungen vornehmen, die nicht zu den ihr vom Verwaltungsrat vorgelegten Änderungsvorschlägen gehören.

ARTIKEL 94: GENERALVERSAMMLUNG ZUR ABÄNDERUNG DER SATZUNGEN

Die Satzungen der Krankenkasse werden von der zu diesem Zweck einberufenen Generalversammlung abgeändert, welche ihre Beratung gemäß den gesetzlichen und satzungsmäßigen Vorschriften durchführt.

Für die Verabschiedung einer vorgeschlagenen Satzungsänderung bedarf es einer Mehrheit von zwei Dritteln der abgegebenen Stimmen und der Anwesenheit bzw. Vertretung jeweils der Hälfte der aus beiden Wahlkreisen hervorgegangenen Mitglieder. (Debatte: Klärung des praktischen Verfahrens).

Artikel 10 des Gesetzes vom 6. August 1990

Wenn die Generalversammlung auf Grund der Anwesenheitszahlen nicht beschlussfähig ist, kann eine zweite Generalversammlung einberufen werden, welche unabhängig von der Anzahl der anwesenden Mitglieder beschlussfähig ist. Die Zweidrittelmehrheit ist auch in diesem Fall erforderlich.

Die Form und die Fristen der Einladungen, der Vorschläge zu den Satzungsänderungen und aller anderen Schriftstücke in Zusammenhang mit der Tagesordnung der Generalversammlung werden in den Artikel 16 und 17 des Gesetzes vom 6. August 1990 festgelegt.

Die Mitglieder der Generalversammlung dürfen Zusatzanträge zur Änderung der Abänderungsvorschläge unterbreiten. Ihr Text ist dem Präsidenten des Verwaltungsrates spätestens zehn Tage vor dem für die Versammlung festgelegten Datum vorzulegen.

Die während der Sitzung vorgeschlagenen Nachträge müssen zur Abstimmung vorgelegt werden

KAPITEL X : SCHLUSSBESTIMMUNGEN

ARTIKEL 95: STREITFÄLLE - SCHIEDSGERICHT

Unbeschadet der Zuständigkeit des Arbeitsgerichts, wie sie in der Gerichtsprozessordnung vorgesehen ist, darf jeder Streitfall vor ein Schiedsgericht gebracht werden, unter Einhaltung des in der Gerichtsprozessordnung festgesetzten Verfahrens.

ARTIKEL 96: INKRAFTTRETEN

Diese Satzungen und gegebenenfalls ihre Änderungen treten gemäß den Bestimmungen des Gesetzes vom 6. August 1990 (insbesondere Artikel 11) in Kraft.

ANHANG I

ANHANG I SATZUNG CKKVE (Artikel 48 und 64)

Beitragstabelle der Einheit: 137 - Christliche Krankenkasse der Gerichtsbezirke Verviers und Eupen

Fassung: 2020/1

Datum der Festlegung: 24.10.2019

Datum des Inkrafttretens: 01.01.2020

Status: Obligatorische Beiträge - zu genehmigen [Kontrollamt der Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände (KAK)]

Mitgliedskategorien:

Kat. 1 Krankenkassenhaushalt ohne Mitversicherte

Kat. 2 Krankenkassenhaushalt mit Mitversicherten

Kat. 3 Krankenkassenhaushalt mit Beitragsermäßigung ohne Mitversicherte

Kat. 4 Krankenkassenhaushalt mit Beitragsermäßigung und mit Mitversicherten

Für die Mitglieder der Kategorien 3 und 4 bitte Bezug nehmen auf Artikel 48 der Satzung.

A. Eigene obligatorische Beiträge

Diese Tabelle gilt für die Körperschaften 137/01 und 137/02

Kode	Leistung Bezeichnung	Genehmigungen (Zahl)	Satzungs- artikel	Betrag je Mitgliedskategorie (Euro/Jahr)			
				Gewöhnliche Beiträge		Ermäßigte Beiträge	
				Kat. 1	Kat. 2	Kat. 3	Kat. 4
15	Andere operative Geschäfte	0	Verschiedene	28,08	28,08	0,00	0,00
37	Information der Mitglieder über das Leistungsangebot	0	87quater	1,68	1,68	0,00	0,00
38	Finanzierung kollektiver Maßnahmen und Subventionierung von sozialen und gesundheitlichen Einrichtungen	0	87	20,40	20,40	0,00	0,00
93	Vermögensverwaltung	0	88bis	0,00	0,00	0,00	0,00
98/01	Kostenstelle Verwaltung: Verteilungsstelle	0	88	0,00	0,00	0,00	0,00
98/02	Kostenstelle Verwaltung: Rücklagen Verwaltungskosten Pflichtkrankenversicherung	0	88	6,43	6,43	0,00	0,00
Insgesamt		0		56,59	56,59	0,00	0,00

Liste der Zusammenarbeitsvereinbarungen

Leistungen		Juristische Person	
Kode	Name	ZDU-Nummer (Unternehmensdatenbank)	Bezeichnung
Kein Ergebnis gefunden			

B. Nationalverband + Gegenseitigkeitsgesellschaft

Nr.	Einheit Bezeichnung	Aufstellung aller Beiträge		Betrag je Mitgliedskategorie (Euro/Jahr)			
		Fassung	Datum des Inkrafttretens	Kat. 1	Kat. 2	Kat. 3	Kat. 4
100	Landesbund der Christlichen Krankenkassen	2020/1	01/01/2020	10,97	10,97	0,00	0,00
180/02	Solimut	2020/1	01/01/2020	82,32	82,32	0,00	0,00
Insgesamt				93,29	93,29	0,00	0,00

Insgesamt A+B

Nr.	Körperschaft Bezeichnung	Beitragstabelle		Betrag je Mitgliedskategorie (Euro/Jahr)			
		Fassung	Datum des Inkrafttretens	Kat. 1	Kat. 2	Kat. 3	Kat. 4
137	Christliche Krankenkasse der Gerichtsbezirke Verviers und Eupen	2020/1	01/01/2020	56,59	56,59	0,00	0,00
100	Landesbund der Christlichen Krankenkassen	2020/1	01/01/2020	10,97	10,97	0,00	0,00
180/02	Solimut	2020/1	01/01/2020	82,32	82,32	0,00	0,00
Insgesamt				149,88	149,88	0,00	0,00

ANHANG II AUFGEHOBEN**ANHANG III SATZUNG CKKVE: Artikel 69****Einschränkende Liste der Impfstoffe, die für eine Erstattung infrage kommen**

Gegen Infektion	Anzeige	Allgemeine Hinweise
ACT HIB	Impfstoff gegen Haemophilus influenza	4 Dosen 2-3-4-15 Monate. Kostenlos für die Französische Gemeinschaft. Kein Sinn, über 5 Jahre hinaus zu impfen.
AGRIPPAL	Influenza-Impfstoff	Erstattung ZV für eine bestimmte Personengruppe
ALPHARIX	Influenza-Impfstoff	1 Dosis pro Jahr. Manchmal 2 Dosen bei Kindern über 6 Monate mit Risikofaktoren. Kontraindiziert bei Säuglingen unter 6 Monaten.
AVAXIM	Hepatitis A	
BEXSERO	Meningitis B Impfstoff	Kann ab 2 Monaten (3 Dosen) verabreicht werden. 2 Dosen bei Kindern über 6 Monate.
BOOSTRIX	Diphtherie Tetanus pertussis Impfstoff	1 Dosis Nachimpfstoff im Alter von 7 und 15 Jahren
BRONCHO VAXOM	Verschiedene antibakterielle Impfstoffe	
BUCCALINE	Verschiedene antibakterielle Impfstoffe	
CERVARIX	Prävention von Gebärmutterhalskrebs	
DUKORAL	Tollwut	
ENGERIX	Hepatitis-B-Impfstoff	Erstattungsfähig in der PV (in B) bei Patienten mit chronischer Nierenerkrankung TDS und wenn bestimmte medizinische Bedingungen erfüllt sind. => In diesem Fall gibt der verschreibende Arzt auf seinem Rezept "Drittzahler anwendbar" an, wenn er der Ansicht ist, dass der Patient die Bedingungen für die PV-Erstattung erfüllt.
EPAXAL	Hepatitis-A-Impfstoffe	1 bis 2 Dosen alle 20 Jahre. Empfohlen für Personen, die Kontakt mit einer infizierten Person hatten, und bei Personen, die in Hochrisikogebiete verreisen.
FENDRIX	Hepatitis-B-Impfstoffe	4 Dosen bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 15 Jahren
FSME IMMUM	Impfstoffe gegen zeckenübertragene Enzephalitis	Empfohlen für Personen, die in infizierte Gebiete reisen. Drei intramuskuläre Injektionen mit einem Intervall von 1 bis 3 Monaten zwischen den ersten beiden und der dritten Injektion nach 9 bis 12 Monaten.
Gardasil	Prävention von Gebärmutterhalskrebs	Impfstoffe zur Prävention von Gebärmutterhalskrebs
HAVRIX 720 oder 1440	Hepatitis-A-Impfstoffe	Hepatitis A
HBVAXPRO	Hepatitis-B-Impfstoffe	Indikationen vgl. ENGERIX. Kostenlos für die Französische Gemeinschaft für nicht geimpfte Kinder im Alter von 12 Jahren. Erstattungsfähig in B für bestimmte Kategorien (Niereninsuffizienz, ...)
IMOVAX POLIO	Polio-Impfstoffe	In Belgien vorgeschriebene Impfung Angabe für Kleinkinder und Reisende. Kostenlose Erstattung für Kleinkinder über die Französische Gemeinschaft.
INFANRIX HEXA	Impfstoffe gegen 6 Krankheiten bei Säuglingen Tetanus, Poliomyelitis, Diphtherie, Pertussis, HIB, Hepatitis B.	Kostenlos über die Französische Gemeinschaft
INFANRIX PIV	Impfstoffe gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten und Polio	
INFLEXAL	Influenza	Erstattung in Cs für bestimmte Bevölkerungsgruppen

INFLUVAC	Influenza-Impfstoff	Erstattung in Cs für bestimmte Bevölkerungsgruppen
INTANZA	Influenza-Impfstoff	Erstattung in Cs für bestimmte Bevölkerungsgruppen
IXIARO	Japanische Enzephalitis	
JE-VAX	Japanische Enzephalitis	
MENCEVAX	Impfstoff gegen Meningitis der Gruppe A, C, W, W, Y	Empfohlen für Pilgerreisen nach Mekka und Reisende in Regionen südlich der Sahara.
MENINGITEC	Meningitis C Impfstoff	
MENJUGATE	Meningitis C Impfstoff	In unseren Ländern zwischen 2 Monaten und 19 Jahren angezeigt. Geplant für 12 Monate. Erstattung durch die Französische Gemeinschaft.
MUTAGRIP	Influenza	Erstattung in Cs für bestimmte Bevölkerungsgruppen
NEISVAC C	Meningitis C Impfstoff	
NIMENRIX	Meningokokken	
PNEUMO 23	Pneumokokken-Impfstoff -23 Stämme	Verwendet bei Erwachsenen 1 Dosis. Angezeigt ab 65 Jahren und ab 50 Jahren bei einigen HIV-positiven und bestimmten transplantierten Patienten.
PREVENAR	Pneumokokken-Impfstoffe, die zur Verwendung bei Kindern bestimmt sind.	4 Dosen bei Kindern ab 2 Monaten. Kostenlos über die Französische Gemeinschaft für Kleinkinder. Im Rahmen der Rückerstattung der PV.
PRIORIX	Säugling Masern Mumps Impfstoffe	Weniger genutzt als vorher. Erstattung durch die Französische Gemeinschaft.
PROVARIVAX	Impfstoffe gegen Windpocken	Angezeigt für bestimmte Risikopersonen (immunsupprimiert)
RABIPUR	Tollwutimpfstoff	
REVAXIS	Diphtherie-Impfstoff, Tetanus pertussis	Nachimpfung alle 10 Jahre ab 15-16 Jahren. Wenn niemals geimpft wurde, 2 Dosen im Abstand von 4-6 Wochen.
ROTARIX	Impfstoffe gegen Rotavirendurchfall	2 Dosen vor 6 Monaten. Nicht über 4 Jahre hinaus einnehmen - kann gefährlich sein.
ROTATEQ	Impfstoff gegen Rotavirendurchfall	Maximal 3 Dosen vor dem Alter von 6 Monaten.
STAMARIL	Gelbfieberimpfstoffe	
SYNFLORIX	10-wertiger Pneumokokken-Konjugatimpfstoff	Aktive Immunisierung gegen invasive Erkrankungen, Lungenentzündung und akute Mittelohrentzündungen durch Streptococcus pneumoniae bei Säuglingen und Kindern im Alter von 6 Wochen bis 5 Jahren (d.h. bis zum 5. Geburtstag).
TEDIVAX PRO	Diphtherie- und Tetanusimpfstoff	Rückruf für Erwachsene Erstattungen in B. Erstattungen durch die Französische Gemeinschaft.
TETRAVAC	Diphtherie-Impfstoff gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten und Polio	Auffrischungsimpfstoff für das Kind Erstattung durch die Französische Gemeinschaft
TRIAxis	IMPfSTOFFE gegen Diphtherie (reduzierte Dosis), Tetanus und Keuchhusten (reduzierte Dosis)	
TYPHERIX TYPHIM	Typhusimpfstoff	Nur für Reisende gedacht.
Twinrix	Hepatitis A und B	
URO-VAXOM	Verschiedene antibakterielle Impfstoffe	

VACCIN RABIQUE INACTIVE	Tollwutimpfstoff	Kontakt mit infizierten Tieren. Erhältlich beim Pasteur-Institut.
VACCIN CHOLERIQUE BERNA	Cholera-Impfstoff	Nicht empfohlen. Für Reisende.
VAQTA JUNIOR	Hepatitis A	
VARILRIX	Varizellen-Impfstoff	Erstattung in B mit Genehmigung des Vertrauensarztes unter bestimmten Bedingungen: Personen mit mangelnder Immunität, Pflegepersonal in Kontakt mit infizierten Personen und Prävention von Windpocken innerhalb von drei Tagen nach Kontakt.
VARIVAX	Varizellen-Impfstoff	Ab 9 Monaten. VARIVAX sollte nicht an Kinder im Alter von weniger als 9 Monaten verabreicht werden.
VIVOTIF	Typhus	
VAXIGRIP	Influenza-Impfstoff	Angezeigt für Menschen über 50 Jahre oder mit Risikofaktoren Erstattung in CS für diese Bevölkerungsgruppe.

Desensibilisierungsmittel	Allgemeine Hinweise: zur Desensibilisierung bei Allergien entweder gegen ein Allergen oder eine Kombination von Allergenen.
ALUSTAL	Substanzspezifischer Impfstoff. Injektion.
ALUTARD	Desensibilisierungsbehandlung.
ALYOSTAL ABEILLE ALYOSTAL GUEPE	Desensibilisierung Wespen- und Bienenstiche. Injektion
BIOPHADY	Verschiedene Desensibilisierungsbehandlungen für die Erst- und Erhaltungsdesensibilisierung. Nicht spezifisch: Baumpollen, Haare, Milben. Injektion.
DEPOTHAL	Desensibilisierungsbehandlung. Injektion
GRAZAX	Desensibilisierungsbehandlung. Injektion
ORALAIR	Desensibilisierungsmittel Gräser.
PHARMALGEN	Desensibilisierungsbehandlung. Injektion.
POLLINEX	Desensibilisierungsbehandlung. Injektion.
PURETHAL	Gräser. Injektion.
STALLERGENES	Injektion.
STALORAL	Spezifische Desensibilisierungsbehandlung. Injektion.
SUBLIVAC	Spezifische Desensibilisierungsbehandlung. Injektion.

ANHANG IV SATZUNG CKKVE (Artikel 69 ter)

Ärztliche Beratungen ab dem Alter von 18 Jahren	Zahnärztliche Leistungen ab dem Alter von 18 Jahren	Kinesiotherapie ab dem Alter von 18 Jahren
Leistungsnummer LIKIV	Leistungsnummer LIKIV	Leistungsnummer LIKIV
102012	301011	560011
102034	301114	560652
102071	307090	561595
102093	307031	563010
102115	307053	
102130		
102152		
102174		
102196		
102211		
102255		
102535		
102550		
102572		
102594		
102616		
102631		
102653		
102675		
102690		
102712		
*102756		
102874		

ANHANG V DER SATZUNG: Artikel 71: Liste der Osteopathen AUFGEHOBEN

ANHANG VI DER SATZUNG CKKVE 137: Artikel 71 AUFGEHOBEN

ANHANG VII DER SATZUNG CKKVE: Artikel 71 AUFGEHOBEN

ANHANG VIII DER SATZUNG CKKVE 2012 (Artikel 71): Kinesiologie AUFGEHOBEN

ANHANG VIIIBIS ZUR SATZUNG CKKVE (Artikel 80)

1. Abkommen mit dem Belgischen Roten Kreuz

Bezugstarife für den Transport mit dem Krankenwagen

Die Berechnung der Kosten für Transporte mit dem Krankenwagen erfolgt nach einem jährlichen Bezugstarif, der auf dem vereinheitlichten Tarif des Belgischen Roten Kreuzes der frz. Gemeinschaft für das laufende Jahr beruht.

Festbetrag, der übernommen wird (inklusive die ersten 10 km hin-zurück): 45€.

11. bis 20 km: 4,08€/km.

ab dem 21. km: 3,40€/km.

Wartezeit je halbe Stunde: 30€.

Sauerstoffkosten: 6,97€.

Bezugstarife für den Transport mit dem Fahrzeug für Personen mit Mobilitätseinschränkungen

Die Berechnung der Kosten für Transporte mit dem Fahrzeug für Personen mit Mobilitätseinschränkungen erfolgt nach einem jährlichen Bezugstarif, der auf dem vereinheitlichten Tarif des Belgischen Roten Kreuzes der frz. Gemeinschaft für das laufende Jahr beruht.

Festbetrag, der übernommen wird (inklusive die ersten 10 km hin-zurück): 13 €.

11. bis 20 km: 1,10€/km.

ab dem 21. km: 1€/km.

Wartezeit je halbe Stunde: 20€.

Bezugstarife für den Transport mit dem leichten Sanitätsfahrzeug

Die Berechnung der Kosten für Transporte mit dem leichten Sanitätsfahrzeug erfolgt nach einem jährlichen Bezugstarif, der auf dem vereinheitlichten Tarif des Belgischen Roten Kreuzes der frz. Gemeinschaft für das laufende Jahr beruht.

Festbetrag, der übernommen wird (inklusive die ersten 10 km hin-zurück): 10 €.

11. bis 20 km: 0,85€/km.

ab dem 21. km: 0,80€/km.

Wartezeit je halbe Stunde: 20€.

2. Abkommen mit der „ASBL Ambulance de Stavelot“ (01.05.2014)

Bezugstarife für den Transport mit dem Krankenwagen

Festbetrag, der übernommen wird (inklusive die ersten 10 km hin-zurück): 38 €.

11. bis 20 km: 2,8 €/km.

ab dem 21. km: 3,40€/km.

Wartezeit je halbe Stunde: 25 €.

3. Abkommen mit der „Hautes Fagnes Ambulances SPRL ASBL“ (01.06.2014)
Bezugstarife für den Transport mit dem Krankenwagen

Festbetrag, der übernommen wird (inklusive die ersten 10 km hin-zurück): 40 €.

Ab dem 11 km: 3 €/km.

Bezugstarife für den Transport mit dem leichten Sanitätsfahrzeug

Festbetrag, der übernommen wird (inklusive die ersten 10 km hin-zurück): 25 €.

Ab dem 11 km: 0,95€/km.

4. Abkommen mit der „MOBILIT ASBL“ (07.05.2014)

Bezugstarife für den Transport mit dem Krankenwagen

Festbetrag, der übernommen wird (inklusive die ersten 10 km hin-zurück): 40 €.

Ab dem 11 km: 3,00 €/km.

Wartezeit je Stunde: 81,92 €.

ANHANG IX ZUR SATZUNG (Artikel 87)

Übersicht der Bezuschussung von Sozial- und Gesundheitseinrichtungen

Übersicht der Bezuschussung von Sozial- und Gesundheitseinrichtungen, die in Artikel 1, 5 des Königlichen Erlasses vom 12. Mai 2011 zur Durchführung des Artikels 67, Absatz 6 des Gesetzes vom 26. April 2010.

	Bezuschusste Körperschaft (Artikel 87)	Tatsächliche Subvention 2018	Zulässige Höchst-Subvention für 2019	Tatsächliche Subvention 2019	Zulässige Höchst-Subvention für 2020
1	ENEO (Einschließlich Eneo Sport)	120.687,80	230.000,00	115.189,93	180.000,00
2	Jeunesse et Santé	110.114,67	230.000,00	150.701,12	180.000,00
3	Alteo (einschl. Altéo Sport ab 1.4.2017)	106.182,19	230.000,00	129.087,22	180.000,00
4	Die Eiche	150.000,00	200.000,00	186.303,26	200.000,00
5	Ocarina Eupen VoG	142.249,16	200.000,00	169.216,20	200.000,00
6	Alteo VoG	95.826,05	160.000,00	107.492,64	160.000,00
7	Solival	25.703,37	40.000,00	37.443,05	40.000,00
8	Aide et soins à domicile de l'arrondissement de Verviers	98.514,07	160.000,00	98.500,00	120.000,00
9	Häusliche Hilfe und Pflege	23.514,03	40.000,00	23.500,00	30.000,00
10	Qualias Verviers-Eupen	70.000,00	125.000,00	70.000,00	100.000,00

Die Bezuschussung ist jedes Jahr von der Generalversammlung festzulegen. Der Verwaltungsrat darf die geplanten Subventionen unter folgenden Voraussetzungen abändern:

- der Verwaltungsratsbeschluss ist der Aufsichtsbehörde unverzüglich per Einschreiben mit der Unterschrift eines hierzu Bevollmächtigten der Krankenkasse zu übermitteln;
- in diesem Schreiben ist das Datum zu vermerken, an dem der Beschluss in Kraft tritt;
- die Änderungen sind auf der darauffolgenden Generalversammlung mit Rückwirkung in die Satzung aufzunehmen.

ANHANG X ZUR SATZUNG CKKVE 2012 (Artikel 87bis)

Die Finanzierung kollektiver Maßnahmen

Übersicht über die Finanzierung kollektiver Maßnahmen gemäß Artikel 1, 5° des KE vom 12. Mai 2011 zur Durchführung des Artikels 67, Absatz 6 des Gesetzes vom 26. April 2010.

Kollektive Maßnahme	Tatsächliche Finanzierung 2018	Zulässige Höchstfinanzierung 2019	Tatsächliche Finanzierung 2019	Zulässige Höchstfinanzierung 2020
Senegal	25.579,33	45.000,00	30.356,08	45.000,00
Europa	0,00	50.000,00	0,00	50.000,00
	25.579,33	95.000,00	30.356,08	95.000,00

Inhalt der durchgeführten Kollektiven Maßnahmen	2018	2019
Senegal	Umsetzung des PAMMU (programme d'appui aux mouvements mutualistes) - Entwicklung und Betreuung der Distrikteinheiten	Umsetzung und Unterstützung des Programms zur Entwicklung der Gesundheitskassen und des Projekts zur Professionalisierung der Gesundheitskassen.
Europa	<p>Management der beiden Interreg-Projekte der Euregio Maas-Rhein (2016-2019):</p> <ol style="list-style-type: none"> Die CKKVE ist federführend bei dem Projekt „Seltene Krankheiten in der Euregio Maas-Rhein (EMRaDi - EMR Rare Diseases) Die CKKVE ist Partner des Projekts „Seniorenfreundliche Gemeinden (euPrevent SFC/Senior-Friendly Communities) <ul style="list-style-type: none"> Teilnahme an der strategischen Begleitgruppe Euregio Maas-Rhein und <p>Vertreterin des Netzwerks der Krankenversicherungsträger der EMR</p> <ul style="list-style-type: none"> Koordinierung des Gesundheitsforums der EMR Teilnahme an den deutsch-belgischen Sprechtagen Teilnahme an den Sitzungen der Konzertierungsplattform der Krankenkassen in der Deutschsprachigen Gemeinschaft. 	<ul style="list-style-type: none"> Management der beiden Interreg-Projekte der Euregio Maas-Rhein (2016-2019): <ol style="list-style-type: none"> Die CKKVE ist federführend bei dem Projekt „Seltene Krankheiten in der Euregio Maas-Rhein (EMRaDi - EMR Rare Diseases) Die CKKVE ist Partner des Projekts „Seniorenfreundliche Gemeinden (euPrevent SFC/Senior-Friendly Communities) <ul style="list-style-type: none"> Teilnahme an der strategischen Begleitgruppe Euregio Maas-Rhein und <p>Vertreterin des Netzwerks der Krankenversicherungsträger der EMR</p> <ul style="list-style-type: none"> Koordinierung des Gesundheitsforums der EMR Teilnahme an den deutsch-belgischen Sprechtagen Teilnahme an den Sitzungen der Konzertierungsplattform der Krankenkassen in der Deutschsprachigen Gemeinschaft.

Die Finanzierung ist jedes Jahr von der Generalversammlung festzulegen. Der Verwaltungsrat darf die geplanten Finanzierungen unter folgenden Voraussetzungen abändern:

- der Verwaltungsratsbeschluss ist der Aufsichtsbehörde unverzüglich per Einschreiben mit der Unterschrift eines hierzu Bevollmächtigten der Krankenkasse zu übermitteln;
- in diesem Schreiben ist das Datum zu vermerken, an dem der Beschluss in Kraft tritt;
- die Änderungen sind auf der darauffolgenden Generalversammlung mit Rückwirkung in die Satzung aufzunehmen.

ANHANG XI ZUR SATZUNG CKKVE 2012 (Artikel 80)

Nr.	Liste der "schweren und kostspieligen Krankheiten".
1	Schlaganfall, der zu einer Behinderung führt
2	Rückenmarksaplasie
3	Chronische und progressive obliterative Arteriopathie (koronar oder peripher) mit ischämischen klinischen Manifestationen
4	Dekompensierte Leberzirrhose
5	Schwere primäre Immunschwäche, die eine längere Behandlung erfordert, und schwere erworbene Immunschwäche (Acquired Immunodeficiency Syndrome).
6	Insulinabhängiger oder nicht insulinabhängiger Diabetes, der nicht allein durch die Ernährung ausgeglichen werden kann.
7	Epilepsie
8	Schwere Form einer neuromuskulären Störung (einschließlich Myopathie)
9	Homozygote Hämoglobinopathie
10	Hämophilie
11	Schwere Herzinsuffizienz
12	Niereninsuffizienz
13	Schwere chronische respiratorische Insuffizienz
14	Parkinson-Krankheit
15	Erbliche Stoffwechselerkrankungen, die eine spezielle Langzeitbehandlung erfordern.
16	Mukoviszidose
17	Querschnittslähmung
18	Polyarthriti nodosa, systemischer akuter Lupus erythematoses, progressive generalisierte Sklerodermie
19	Schwere aktive rheumatoide Arthritis
20	Psychose, schwere Persönlichkeitsstörung, mentale Retardierung
21	Progressive hämorrhagische Rektokolitis und Morbus Crohn
22	Multiple Sklerose, die zu einer Behinderung führt
23	Schwere ankylosierende Spondylitis
24	Folgene einer Organtransplantation
25	Aktive Tuberkulose
26	Bösartiger Tumor, bösartige Erkrankung des lymphatischen oder hämatopoetischen Gewebes
Nr.	Sogenannte "Off-List"-Krankheiten (Beschreibung erforderlich)
27	Schwere, nicht aufgeführte Krankheiten, die eine längere Behandlung über einen absehbaren Zeitraum von mehr als 6 Monaten erfordern und besonders kostspielig sind.
28	Polypathologien: mehrere charakterisierte Krankheiten, die zu einem pathologischen Zustand führen, der über einen absehbaren Zeitraum von mehr als 6 Monaten eine kostspielige Pflege erfordert.